

Žádost o posouzení trvalých následků úrazu



číslo pojistné smlouvy

Pojištěný

příjmení, jméno, titul

rodné číslo

datum narození

telefon

Adresa trvalého bydliště

ulice

č. popisné/orientační

obec – část obce

PSC

Žádám o přezkoumání trvalých následků úrazu ze dne:

Uvedte diagnózu:

Nárokujete pojistné plnění také u jiné pojišťovny?

ano

ne

U které (název)?

K žádosti prosíme doložte:

- aktuální lékařskou zprávu s popisem funkčního omezení, které je v přímé souvislosti s výše uvedeným úrazem;
- kopie veškerých lékařských zpráv z celého průběhu léčení (pokud již nebyly poskytnuty).

Pojistné plnění poukažte

na účet

číslo účtu / kód banky / variabilní symbol / specifický symbol

poštovní poukázkou

příjmení, jméno

adresa

V případě výplaty poštovní poukázkou bude odečten administrativní poplatek ve výši 50 Kč.

příjmení, jméno, datum narození a adresa zákonného zástupce u nezletilého

Prohlašuji, že **jsem** **nejsem** jako zákonný zástupce pojištěné osoby v insolvenčním řízení.

datum

místo

podpis pojištěného, příp. zákonného zástupce

