



SPOJENÁ ŠKOLA SV. VINCENTA DE PAUL

Bachova 4, Bratislava

s organizačnými zložkami
GYMNÁZIUM a ZÁKLADNÁ ŠKOLA

V dňa.....

Vec: ŽIADOSŤ O VYBAVENIE POISTNEJ UDALOSTI Z DÔVODU ÚRAZU

Meno a priezvisko rodiča (zákonného zástupcu):

Korešpondenčná adresa:

Telefónne číslo: Email:

Meno a priezvisko dieťaťa:

Trieda: Triedny učiteľ:

Touto cestou Vás žiadam o vybavenie poistnej udalosti z dôvodu úrazu, ktorý sa stal môjmu dieťaťu
dňa

Za kladné vybavenie žiadosti ďakujem.

DOPLŇUJÚCE INFORMÁCIE:

Meno lekára (nemocnice), ktorý poskytol prvú pomoc:

Adresa a tel. kontakt na nemocnicu, kde bolo dieťa hospitalizované:

Hospitalizácia prebehla od do

Meno ošetrojúceho lekára:

Mali ste v minulosti odškodné podobného charakteru?*

ÁNO

NIE

V prípade kladnej odpovede uveďte kedy a v akej výške:

Ste proti vzniknutej škode poistený aj v inej poisťovni?*

ÁNO

NIE

Uveďte názov poisťovne:

.....
podpis rodiča (zákonného zástupcu)

* zakrúžkujte Vašu odpoveď