

### A. OSOBNÉ ÚDAJE

Poistná zmluva číslo (uvedte všetky zmluvy so Starr):	
Meno a priezvisko poisteného:	Rodné číslo:
Kontaktná adresa:	Telefón/ fax:
Zamestnanie v čase úrazu/ choroby:	Popis pracovnej činnosti:

### B. ÚDAJE O ÚRAZE (vyplňte iba v prípade nárokovania si poistného plnenia dôsledku úrazu)

Dátum a čas úrazu:	Miesto vzniku úrazu:
Okolnosti vzniku úrazu (uvedte podrobne ako a pri akej činnosti k úrazu došlo):	
Boli okolnosti úrazu vyšetrované? <input type="checkbox"/> áno <input type="checkbox"/> nie	Kým?
Mená a adresy svedkov:	
Nastal úraz pri športovej činnosti? <input type="checkbox"/> áno <input type="checkbox"/> nie	Druh športu: <input type="checkbox"/> Rekreačný šport <input type="checkbox"/> Profesionálny šport
Názov športovej organizácie:	Registrácia od: do: Účasť na súťažiach:
Ktorá časť tela bola poškodená?	
U párových orgánov: <input type="checkbox"/> ľavá <input type="checkbox"/> pravá	
Bola postihnutá už pred úrazom? <input type="checkbox"/> áno <input type="checkbox"/> nie	Ako?

### C. ÚDAJE O CHOROBE (vyplňte iba v prípade nárokovania si poistného plnenia v dôsledku choroby)

Charakteristika ochorenia : (uvedte z titulu akého ochorenia si nárokuje poistné plnenie)
Trpeli ste týmto ochorením už v minulosti? <input type="checkbox"/> áno <input type="checkbox"/> nie
Kedy bolo ochorenie diagnostikované (prvé príznaky ochorenia):
Bolo ochorenie klasifikované ako choroba z povolania? <input type="checkbox"/> áno <input type="checkbox"/> nie

### D. ÚDAJE O ZDRAVOTNOM STAVE

Bol Vám priznaný invalidný dôchodok? <input type="checkbox"/> áno <input type="checkbox"/> nie	Kedy?	Z akého dôvodu?
Ak poberáte invalidný dôchodok k oznámeniu o škode v úrazovom poistení priložte prosím čitateľnú fotokópiu rozhodnutia o priznaní invalidného dôchodku z Ústredia sociálnej poisťovne ( vrátane percentuálneho určenia poklesu schopnosti vykonávať zárobkovú činnosť).		

### E. ÚDAJE O OPRÁVNENEJ OSOBE (vyplňte v prípade smrti poisteného)

Meno a priezvisko :	Vzťah k poistenému:	Rodné číslo:
Kontaktná adresa :	Telefón:	

### F. VÝPLATA POISTNÉHO PLNENIA

<input type="checkbox"/> Poukážite na účet č.:	Kód banky:
IBAN:	BIC/SWIFT:
Názov a adresa banky:	
<input type="checkbox"/> Zašlite na adresu :	

Starr International (Europe) Ltd so sídlom: 30 Fenchurch Avenue, Londýn, EC3M 5AD, Spojené kráľovstvo Veľkej Británie a Severného Írska, registračné číslo: 09654797 zastúpená na základe plnomocnenstva: Starr Underwriting Agents Limited so sídlom: 30 Fenchurch Avenue, Londýn, EC3M 5AD, Spojené kráľovstvo Veľkej Británie a Severného Írska, konajúca v SR prostredníctvom organizačnej zložky Starr Underwriting Agents Limited Slovakia, organizačná zložka so sídlom: Panenská 5, 811 03 Bratislava, zapísaná v Obchodnom registri Okresného súdu Bratislava I, oddiel: Po, vložka č. 3941/B.

Poskytnutím Vašich Osobných informácií spoločnosti Starr v súvislosti s Vaším nárokom a Vaším podpisom súhlasíte so zhromažďovaním a spracovaním (ako aj použitím a sprístupnením) Vašich Osobných informácií tak ako je popísané v týchto Pravidlách ochrany súkromia - k dispozícii na <http://www.starrcompanies.com/privacy-policy> alebo na požiadanie. Konkrétne súhlasíte s medzinárodným prenosom Vašich Osobných informácií. Súhlasíte s tým, že neposkytnete Osobné informácie o žiadnej inej osobe bez jej povolenia.

Prehlasujem, že som všetky otázky zodpovedal(a) pravdivo a úplne a že som si vedomý(á) dôsledkov nesprávnych odpovedí na povinnosť poisťovne plniť. Súhlasím, aby si Starr Underwriting Agents Limited Slovakia, organizačná zložka vyžiadala všetku potrebnú zdravotnú dokumentáciu o mojom lečení a zdravotnom stave podľa potreby likvidácie poistnej udalosti.

## LEKÁRSKA SPRÁVA

V	dňa:	Podpis:
---	------	---------

**Meno a priezvisko:**  
**Dátum narodenia:**

Diagnóza a podrobný popis telesného poškodenia spôsobeného úrazom/ chorobou:

Spôsob liečby:

Trpel poistený týmto, alebo súvisiacim ochorením v minulosti?  áno  nie

Kým, kedy bolo diagnostikované, ako a kde prebehla liečba?

Hospitalizácia (od – do, zdravotnícke zariadenie, oddelenie):

Doliečenie (PN, od – do):

Poranený je:  ľavák  pravák

Bola poranená časť tela postihnutá už pred úrazom?  áno  nie

Akým spôsobom?

Nastal úraz následkom použitia alkoholu, alebo návykových látok?  áno  nie Akých?

Bol za týmto účelom vykonaný odber krvi?  áno  nie

Bola v krvi zistená prítomnosť alkoholu?  áno  nie V akej výške?

Bolo príčinou úrazu úmyselné sebaškodenie?  áno  nie

Predpokladáte, že úraz zanechá trvalé následky?  áno  nie

V akom pravdepodobnom rozsahu?

Iné oznamy lekára:

Potvrdzujem, že údaje v LEKÁRSKEJ SPRÁVE súvisia s osobou uvedenou na opačnej strane formulára OZNÁMENIE ŠKODY.

V dňa

Adresa zdravotníckeho zariadenia, meno lekára, IČO, telefón:

pečiatka a podpis lekára

Vyplnený formulár oznámenia škody a potrebné dokumenty (kópiu protokolu o dopravnej nehode, kópiu lekárskej správy/ prepúšťacej správy z nemocnice, úradne overenú kópiu úmrtného listu, kópiu dokladu preukazujúcu totožnosť oprávnenej osoby, kópiu dokladu o PN) prosíme zaslať na adresu:  
Starr Underwriting Agents Limited Slovakia, organizačná zložka so sídlom: Panenská 5, 811 03 Bratislava, Slovenská republika.  
Ak nebudú informácie predložené poisťiteľovi dostatočné, môže si poisťovateľ vyžiadať ďalšie informácie a podklady.  
Starr Underwriting Agents Limited Slovakia, organizačná zložka uhradí poplatky za vypracovanie tejto lekárskej správy po zaslaní príslušnej faktúry.