



# SPOJENÁ ŠKOLA SV. VINCENTA DE PAUL

Bachova 4, Bratislava

s organizačnými zložkami  
GYMNÁZIUM a ZÁKLADNÁ ŠKOLA

tel.č.: 02/43427453; email: [riaditelstvo@vdp.sk](mailto:riaditelstvo@vdp.sk); web: [www.vdp.sk](http://www.vdp.sk)

V \_\_\_\_\_ dňa: \_\_\_\_\_

## Vec: Žiadosť o vybavenie poisťnej udalosti

Meno a priezvisko rodiča (zákonného zástupcu) \_\_\_\_\_

Adresa: \_\_\_\_\_

Kontakt – mobil: \_\_\_\_\_ e-mail: \_\_\_\_\_

Meno a priezvisko dieťaťa: \_\_\_\_\_ trieda: \_\_\_\_\_

Touto cestou Vás žiadam o vybavenie poisťnej udalosti z dôvodu úrazu, ktorý sa stal môjmu dieťaťu dňa \_\_\_\_\_.

Ktorý lekár (nemocnica) poskytol prvú pomoc: \_\_\_\_\_

Kde bolo dieťa hospitalizované (adresa nemocnice, telefón): \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Hospitalizácia prebehla od \_\_\_\_\_ do \_\_\_\_\_

Meno ošetrojúceho lekára: \_\_\_\_\_

Mali ste už v minulosti škodu podobného charakteru?      \*áno      \*nie

Ak áno, kedy a v akej výške \_\_\_\_\_

Ste proti vzniknutej škode poistený aj v inej poisťovni:

\*nie -      \*áno – názov inej poisťovne \_\_\_\_\_

Za kladné vybavenie žiadosti ďakujem.

\_\_\_\_\_  
podpis rodiča (zákonného zástupcu)

\* nesprávne prečiarknut'