

## OZNÁMENIE ŠKODOVEJ UDALOSTI pre produkt ZDRAVIE A ISTOTA Úrazové poistenie

Poistený – priezvisko, meno:	Číslo poistnej zmluvy, z ktorej si uplatňujete nárok na poistné plnenie:
Adresa poisteného:	Rodné číslo poisteného:
Tel. č. poisteného*:	E-mail poisteného:
Povolanie (uvedte súčasné povolanie):	Adresa zamestnávateľa:

\*Na uvedené číslo Vám bude zároveň odoslaná SMS notifikácia o uzavretí škodovej udalosti

Uvedte meno a adresu Vášho lekára a prípadne odborných lekárov, ktorí majú záznamy o Vašom zdravotnom stave:	
Dátum a hodina, kedy došlo k poistnej udalosti:	
Miesto vzniku poistnej udalosti:	
Miesto, adresa prvého lekárskeho ošetrovania:	
Opíšte podrobne spôsob a okolnosti vzniku úrazu:	
Ktorá časť tela bola poranená?	
Bola poranená časť tela už pred úrazom funkčne poškodená? <span style="float: right;">áno <input type="checkbox"/>    nie <input type="checkbox"/></span>	
K úrazu došlo pri: <input type="checkbox"/> pracovnej činnosti <input type="checkbox"/> mimopracovnej činnosti <input type="checkbox"/> športovej činnosti	
Ak došlo k úrazu pri športovej činnosti, uveďte druh športu, ktorý vykonávate:	
Ste registrovaný v športovom klube? <span style="float: right;">áno <input type="checkbox"/>    nie <input type="checkbox"/></span> Ak áno, uveďte názov a presnú adresu:	
K úrazu došlo pri: <input type="checkbox"/> tréningu <input type="checkbox"/> súťaži <input type="checkbox"/> rekreačnom športovaní	
Ak ide o úraz pri dopravnej nehode, uveďte mená a adresy svedkov:	
Ak ide o úraz v motorovom vozidle, uveďte druh a typ vozidla :	ŠPZ:
Meno a adresa majiteľa vozidla:	
Meno a adresa vodiča:	
Boli zranené aj iné spolucestujúce osoby? <span style="float: right;">áno <input type="checkbox"/>    nie <input type="checkbox"/></span> Ak áno, uveďte mená a adresy:	
Vyšetroval udalosť orgán polície? <span style="float: right;">áno <input type="checkbox"/>    nie <input type="checkbox"/></span> Ak áno, uveďte adresu:	
Bola urobená skúška na hladinu alkoholu v krvi? <span style="float: right;">áno <input type="checkbox"/>    nie <input type="checkbox"/></span>	
Úrazové poistenie mám aj v inej poisťovni: <span style="float: right;">áno <input type="checkbox"/>    nie <input type="checkbox"/></span> Ak áno, uveďte presný názov a adresu poisťovne:	
Plnenie žiadam poukázať na adresu:	
alebo účet č.:	vedený v:

Prehlasujem, že som na všetky otázky odpovedal pravdivo a úplne a som si vedomý možných dôsledkov v prípade zamlčania závažných okolností alebo uvedenia nesprávnych informácií. Súhlasím, aby si Union poisťovňa, a.s. vyžiadala všetku potrebnú dokumentáciu o mojom liečení a zdravotnom stave. Som si vedomý/á, že v zmysle zákona o poisťovníctve poisťovateľ môže spracúvať moje osobné údaje uvedené v tomto oznámení, vrátane priložených dokladov, za účelom likvidácie škodovej udalosti. Vyhlasujem, že som sa oboznámil/a so základnými informáciami o ochrane osobných údajov pre dotknutú osobu umiestnenými na [www.union.sk](http://www.union.sk).

**Upozornenie pre klienta:**

Nárok na dennú náhradu v prípade pracovnej neschopnosti nevzniká, ak pracovná neschopnosť nepresiahne dobu 21 dní.

K Oznámeniu o úraze priložte prosím fotokópiu potvrdenia o pracovnej neschopnosti vzťahujúcu sa k úrazu.

V ..... dňa .....

.....  
podpis poisteného (poistníka, oprávnenej osoby)

## SPRÁVA OŠETRUJÚCEHO LEKÁRA

Zodpovedá rozsah telesného poškodenia úrazovému deju, ktorý je uvádzaný v Oznámení o úraze?	áno <input type="checkbox"/>	nie <input type="checkbox"/>
Kedy došlo (podľa zdravotnej dokumentácie) k prvému lekárskeму ošetrovaniu?	Dňa ..... o .....hod	
Diagnóza vlastného zranenia (podľa MKCH-10), uveďte prípadnú zmenu diagnózy v priebehu liečenia:		
Vznikla v súvislosti s úrazom práceneschopnosť:	áno <input type="checkbox"/>	nie <input type="checkbox"/>
Práceneschopnosť: začiatok..... – koniec .....		
Uveďte podrobný opis telesného poškodenia spôsobeného úrazom s určením jeho rozsahu:		
RTG nález s opisom:		
Spôsob a druh ošetrovania (podrobne opište):		
Podľa zistenej diagnózy telesného poškodenia (bez prihliadnutia k osobným zdravotným odchýlkam pacienta na vplyv predošlého ochorenia) uveďte: Predpokladaný čas nevyhnutného liečenia je ..... týždňov Nevyhnutná doba liečby trvala: od: ..... do: ..... Skutočný čas nevyhnutného liečenia úrazu: od: ..... do: .....		
Bol poranený úd alebo orgán už pred úrazom funkčne postihnutý? V akom rozsahu?	áno <input type="checkbox"/>	nie <input type="checkbox"/>
Bol priebeh liečby úrazu komplikovaný?	áno <input type="checkbox"/>	nie <input type="checkbox"/>
Ak nastali komplikácie, uveďte druh a príčinu ich vzniku:		
Kde bol pacient hospitalizovaný? Uveďte adresu nemocničného zariadenia:		
Meno ošetrojúceho lekára:		
Hospitalizácia v súvislosti s úrazom trvala od: ..... do: .....		
Aké trvalé následky a v akom rozsahu predpokladáte, že úraz zanechá?		
Vznikol úraz následkom požitia alkoholu alebo toxických látok?	áno <input type="checkbox"/>	nie <input type="checkbox"/>
Ak áno, o aké toxické látky išlo?		
Zistené ‰ alkoholu v krvi:		

V ..... dňa .....

.....  
pečiatka a podpis ošetrojúceho lekára