OZNÁMENIE TRVALÝCH NÁSLEDKOV ÚRAZU

Číslo škodovej udalosti:

Poistník - meno, priezvisko alebo názov firmy, IČO:		
Poistený - meno, priezvisko:	Čísla poistných zmlúv, ktorými ste poistený pre prípad úrazu:	
Adresa poisteného:	Rodné číslo poisteného:	
	Číslo ID (doklad totožnosti):	
Zákonný zástupca - celé meno a adresa:*	E-mail:	Tel.č.:**
Zamestnanie (druh pracovnej činnosti a adresa zamestnávateľa) - v čase vzniku úrazu:		

**Údaje je povinné vyplniť v prípade, ak poistený nie je plnoletý* ***Na uvedené číslo Vám bude zároveň odoslaná SMS notifikácia o uzavretí škodovej udalosti*

Uveďte meno a adresu Vášho lekára a prípadne odborných lekárov, ktorí majú záznamy o Vašom zdravotnom stave:	
Dátum a hodina, kedy došlo k úrazu: o	Miesto vzniku úrazu:
Miesto, adresa prvého lekárskeho ošetrenia:	
Opíšte podrobne spôsob a okolnosti vzniku úrazu:	
Ktorá časť tela bola poranená?	
Bola poranená časť tela už pred úrazom funkčne poškodená? áno nie	
K úrazu došlo pri činnosti pracovnej mimopracovnej športovej (doplňte akej):	
Ak sa venujete športu, uveďte druh, ktorý vykonávate:	
Ste registrovaný v športovom klube? áno nie Ak áno, uveďte názov a presnú adresu:	
K úrazu došlo pri tréningu súťaži rekreačnom športovaní	
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? áno nie Ak áno, uveďte mená a adresy:	
Uveďte mená a adresy prípadných svedkov:	
Vyšetroval udalosť orgán polície? áno nie Ak áno, predložte fotokópiu správy z vyšetrovania udalosti.	Bola urobená skúška na hladinu alkoholu v krvi? áno nie Ak bola pozitívna, uveďte zistené ‰ alkoholu v krvi:
Úrazové poistenie mám aj v inej poisťovni: áno nie	Ak áno, uveďte presný názov a adresu poisťovne:
Poistné plnenie žiadam poukázať: bankovým prevodom - číslo účtu v tvare IBAN: poštovým poukazom na adresu:	

Oznámenie pre klienta: K oznámeniu o úraze priložte prosím fotokópie lekárskych správ od začiatku po ukončenie liečenia Vášho úrazu. V prípade, ak ste boli v dôsledku úrazu hospitalizovaný, priložte prosím kópiu lekárskej prepúšťacej správy.

Vyhlasujem, že som na všetky otázky odpovedal pravdivo a úplne a som si vedomý možných dôsledkov v prípade zamlčania závažných okolností alebo uvedenia nesprávnych informácií. 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. Splnomocňujem poisťovateľom oslovených lekárov a zdravotnícke zariadenia na poskytnutie mojich lekárskych správ a výpisov zo zdravotnej dokumentácie týkajúcich sa úrazu alebo na ich zapožičanie, čím ich zároveň zbavujem povinnosti mlčanlivosti voči poisťovateľovi. Splnomočňujem poisťovateľa v prípade potreby vyžiadať si: a) informácie o mojom zdravotnom stave v Sociálnej poisťovni; b) výpis z účtu poistenca zdravotnej poisťovne v príslušnej zdravotnej poisťovni; c) informácie o okolnostiach úrazu orgánu polície, ktorý udalosť vyšetroval.

V _____ dňa _____ _____

podpis poisteného (resp. jeho zákonného zástupcu)***

***ak si nárok na poistné plnenie uplatňuje iná osoba ako poistený, uveďte príbuzenský vzťah k poistenému (matka, otec, …)

Poplatok za vyhotovenie správy o trvalých následkoch úrazu lekárom hradí poistená osoba, resp. zákonný zástupca poisteného dieťaťa. Poisťovňa uhradí poistenému náklady na vyhotovenie správy lekára o trvalých následkoch úrazu zvýšením sumy poistného plnenia o 5,00 EUR, na základe priloženého príjmového pokladničného dokladu.

ZÁZNAM OŠETRUJÚCEHO LEKÁRA - POPIS TRVALÝCH NÁSLEDKOV ÚRAZU

(Popis trvalých následkov úrazu prosíme vyplniť **odborným** lekárom)

Meno a priezvisko poisteného: ..... Rodné číslo: .....

Zamestnanie - v čase vzniku úrazu: .....

Bydlisko poisteného: ulica, číslo: ..... PSČ: ..... Obec: .....

Poistený je: pravák ľavák Tel. číslo odborného lekára: .....

Dátum vzniku úrazu:		
Druh zranenia a diagnóza:		
Príčina a okolnosti úrazu:		
Sú uvedené odchýlky v zdravotnom stave zapríčinené len úrazom?	áno	nie
Bol poranený úd alebo orgán už pred úrazom funkčne postihnutý? Ak áno, v akom rozsahu:	áno	nie
Bolo príčinou úrazu úmyselné sebapoškodenie alebo pokus o samovraždu? Ak áno, uveďte podrobnosti:	áno	nie
Nastal úraz následkom požitia alkoholu, iných návykových alebo toxických látok? Ak áno, uveďte druhy návykových alebo toxických látok:	áno	nie
Bola vyšetrovaná hladina alkoholu v krvi? Ak áno, uveďte množstvo alkoholu v krvi: Ktoré zdravotné zariadenie (pracovisko) vyšetrovalo hladinu alkoholu v krvi?	áno	nie

Podrobný popis súčasného zdravotného stavu:

- v prípade zranenia končatiny presný popis funkcie, hybnosti, svalovej sily, atď. (porovnanie so zdravou končatinou),
- v prípade zranenia vnútorných orgánov vplyv zranenia na celkový zdravotný stav organizmu - podrobný popis,
- v prípade zranenia oka (vízus) - stupeň poškodenia oproti fyziologickému nálezu a stavu pred zranením,
- v prípade zranenia ucha (sluch) - stupeň poškodenia oproti fyziologickému nálezu a stavu pred zranením,
- v prípade zranenia zubov - extrakcia, čiastočná strata, vitalita úplná alebo čiastočná,
- v prípade jazvy jej presný popis - charakter, veľkosť, lokalita, či vzbudzujú súcit alebo ošklivosť, funkčné poruchy,

RTG / MR / CT / sono - nález s opisom:

Majú vplyv na celkový rozsah trvalých následkov chorobné zmeny nesúvisiace s úrazom?	áno	nie
Je liečenie uvedeného úrazu ukončené a dnešný stav trvalý?	áno	nie

V ..... dňa..... .....

pečiatka a podpis odborného lekára