

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:		

*Udaje 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:	Miesto vzniku úrazu:
Miesto, adresa prvého lekárskeho ošetrenia:	
Opište podrobne spôsob a okolnosti vzniku úrazu:	
Ktorá časť tela bola poranená?	
Bola poranená časť tela už pred úrazom funkčne poškodená? <input type="checkbox"/> áno <input type="checkbox"/> nie	
K úrazu došlo pri činnosti <input type="checkbox"/> pracovnej <input type="checkbox"/> mimopracovnej <input type="checkbox"/> športovej (doplňte akaj):	
Ak sa venujete športu, uveďte druh, ktorý vykonávate:	
Ste registrovaný v športovom klube? <input type="checkbox"/> áno <input type="checkbox"/> nie 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 v motorovom vozidle, uveďte druh a typ vozidla: ŠPZ:	
Meno a adresa majiteľa vozidla:	Meno a adresa vodiča:
Boli zranené aj iné spolucestujúce osoby? <input type="checkbox"/> áno <input type="checkbox"/> nie Ak áno, uveďte mená a adresy:	
Uveďte mená a adresy prípadných svedkov:	
Vyšetroval udalosť orgán polície? <input type="checkbox"/> áno <input type="checkbox"/> nie Ak áno, predložte fotokópiu správ z vyšetrovania udalosti.	Bola urobená skúška na hladinu alkoholu v krvi? <input type="checkbox"/> áno <input type="checkbox"/> nie Ak bola pozitívna, uveďte zistené % alkoholu v krvi:
Úrazové poistenie mám aj v inej poisťovni: <input type="checkbox"/> áno <input type="checkbox"/> nie	Ak áno, uveďte presný názov a adresu poisťovne:
Poistné plnenie žiadam poukázať:	
<input type="checkbox"/> bankovým prevodom - číslo účtu v tvare IBAN: _____	
<input type="checkbox"/> poštovým poukazom na adresu:	

Oznámenie pre klienta: K oznámeniu o úraze priložte prosím fotokópie lekárskeho 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 zdravotníckeho zariadenia na poskytnutie mojich lekárskeho správ a výpisov zo zdravotnej dokumentácie týkajúcej sa úrazu alebo na ich zapožičanie, čím ich zároveň zbavujem povinnosti mlčanlivosti voči poisťovateľovi. Splnomocňujem 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, ...)

