

Poistník - názov a adresa školy:	
Poistený - meno, priezvisko:	Rodné číslo:
	Trieda:
Adresa:	Tel. č.: *
	E-mail:
Rodič, resp. zákonný zástupca - meno, priezvisko:	
Adresa:	Tel č.:

\*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 úrazu:

Miesto vzniku úrazu:	<input type="checkbox"/> v škole počas vyučovacej hodiny (uvedte predmet - matematika...): <input type="checkbox"/> v škole počas prestávky medzi vyučovacími hodinami <input type="checkbox"/> v škole inokedy (uvedte miesto - školský klub, jedáleň): <input type="checkbox"/> mimo školy, v mieste sídla školy (uvedete miesto a aktivitu): <input type="checkbox"/> INÉ (uvedte miesto a aktivitu):
----------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Meno a priezvisko učiteľa (pedagogického dozoru) v čase úrazu, prípadne iných osôb, ktoré boli svedkami úrazu:

Miesto a 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?  áno  nie

Utrpel poistený v minulosti úraz, ktorý zanechal nejaké trvalé následky?  
Ak áno, uveďte kedy a aké následky:

Trpel alebo trpí poistený chorobami: pohybového ústrojenstva, vrodenými alebo vývojovými vadami, poruchami sluchu, zraku (alebo poruchami iných zmyslových orgánov), cukrovkou, epilepsiou, HIV pozitivitou, hemofíliou, závislosťou na alkohole alebo drogách, nervovými, psychickými alebo inými chorobami?  áno  nie  
Ak áno, uveďte akými, kedy a aká diagnóza bola zistená:

Je poistený pravák alebo ľavák?

Vyšetroval udalosť orgán polície?  áno  nie Ak áno, predložte kópiu správy z vyšetrovania udalosti.

Bola urobená skúška na hladinu alkoholu v krvi?  áno  nie Ak áno, uveďte zistené ‰ alkoholu v krvi:

Má poistený v Unione uzavreté iné úrazové poistenia, z ktorých si uplatňuje nárok na poistné plnenie?  áno  nie  
Ak áno, uveďte čísla poistných zmlúv, z ktorých si poistené dieťa uplatňuje nárok na poistné plnenie:

Poistné plnenie žiadam poukázať:

bankovým prevodom - číslo účtu v tvare IBAN:

poštovým poukazom na adresu:

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 zamĺčania 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](http://www.union.sk). Splnomocňujem poisťovateľom oslovených lekárov a zdravotníckych zariadení na poskytnutie mojich lekárskeho správ a výpisov zo zdravotnej dokumentácie týkajúcich 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 úradlosť vyšetroval.

V \_\_\_\_\_ dňa \_\_\_\_\_

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

\_\_\_\_\_ podpis poisteného, resp. jeho zákonného zástupcu; prípadne oprávnenej osoby\*\*

**POTVRDENIE ŠKOLY**

Týmto potvrdzujem, že osoba, ktorá utrpela úraz je žiak/zamestnanec školy - .....  
(názov a adresa školy)

Ďalej potvrdzujem, že úraz nastal pri činnosti definovanej v časti Rozsah poistenia (uvedenej v poistnej zmluve, resp v Osobitných dojednaniach pre úrazové poistenie žiakov).

V ..... dňa .....

(podpis poistníka - zástupcu školy) (pečiatka školy)

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

## SPRÁVA OŠETRUJÚCEHO LEKÁRA

Meno a priezvisko poisteného:	Rodné číslo poisteného:	
Meno a priezvisko ošetrujúceho lekára:	tel.č.:	e-mail:
Názov a adresa zdravotníckeho zariadenia:		
Zodpovedá rozsah telesného poškodenia úrazovému deju, ktorý je uvádzaný v Oznámení o úraze? <input type="checkbox"/> áno <input type="checkbox"/> nie		
Kedy došlo (podľa zdravotníckej dokumentácie) k prvému lekárskeму ošetreniu? Dňa ..... o ..... hod.		
Diagnóza vlastného zranenia (podľa MKCH-10), uveďte prípadnú zmenu diagnózy v priebehu liečenia:		
Uveďte podrobný opis telesného poškodenia spôsobeného úrazom s určením jeho rozsahu:		
RTG / MR / CT / sono - nález s opisom:		
Spôsob a druh ošetrenia (podrobne opište):		
Podľa zistenej diagnózy telesného poškodenia (bez prihliadnutia k osobným zdravotným odchýlkam pacienta na vplyv predošlého ochorenia) uveďte: Predpokladný čas nevyhnutného liečenia ..... týždňov Skutočný čas nevyhnutného liečenia úrazu bol od: ..... do: ..... Rehabilitácia od: ..... do: .....		
Bol poranený úd alebo orgán už pred úrazom funkčne postihnutý? <input type="checkbox"/> áno <input type="checkbox"/> nie Ak áno, v akom rozsahu?		
Bol priebeh liečby úrazu komplikovaný? <input type="checkbox"/> áno <input type="checkbox"/> nie Ak nastali komplikácie, uveďte druh a príčinu ich vzniku:		
Kde bol pacient hospitalizovaný? Uveďte adresu nemocničného zariadenia:		
Meno ošetrujúceho lekára:		
Hospitalizácia v súvislosti s úrazom trvala od: ..... do: ..... <u>priložte fotokópiu lekárskej prepúšťacej správy</u>		
Aké trvalé následky a v akom rozsahu predpokladáte, že úraz zanechá?		
Bolo príčinou úrazu úmyselné sebapoškodenie alebo pokus o samovraždu? <input type="checkbox"/> áno <input type="checkbox"/> nie		
Vznikol úraz následkom požitia alkoholu alebo toxických látok? <input type="checkbox"/> áno <input type="checkbox"/> nie Ak áno, o aké toxické látky išlo? Zistené ‰ alkoholu v krvi:		

Ošetrujúci lekár svojim podpisom potvrdzuje, že poisteného ošetroval a prehlasuje, že uvedené údaje sú pravdivé a úplné.

V ..... dňa: .....

pečiatka a podpis ošetrujúceho lekára