

OZNÁMENIE TRVALÝCH NÁSLEDKOV ÚRAZU

Číslo škodovej udalosti: _____

| | | |
|---|---|-------------------------------|
| Poistník - meno, priezvisko alebo názov firmy, IČO: | | |
| Potvrdenie poistníka (pečiatka + podpis), že poistená osoba bola v čase nastania škodovej udalosti zamestnancom poistníka / v čase platnosti poistenia v mieste konania akcie (priložte doklad vlastnej evidencie poistených osôb k dátumu nastania škodovej udalosti). | | |
| Poistený - meno, priezvisko: | Číslo 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 ošetrovania: | |
| Opíšte 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 aké): | |
| 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, ...)

Poplatok za vyhotovenie správy o trvalých následkoch úrazu lekárom hradí poistená osoba, resp. zákonný zástupca poisteného dieťaťa. Poistovňa 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? áno nie

Ak áno, v akom rozsahu:

Bolo príčinou úrazu úmyselné sebapoškodenie alebo pokus o samovraždu? áno nie

Ak áno, uveďte podrobnosti:

Nastal úraz následkom požitia alkoholu, iných návykových alebo toxických látok? áno nie

Ak áno, uveďte druhy návykových alebo toxických látok:

Bola vyšetrovaná hladina alkoholu v krvi? áno nie

Ak áno, uveďte množstvo alkoholu v krvi:

Ktoré zdravotné zariadenie (pracovisko) vyšetrovalo hladinu alkoholu v krvi?

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