

OZNÁMENIE O ÚRAZE

Číslo škodovej udalosti: _____

Vyplnené oznámenie o úraze zasielajte spolu s kópiami lekárskeho správy od začiatku po ukončenie liečenia Vášho úrazu, v prípade hospitalizácie aj kópiou lekárskej prepúšťacej správy, v prípade pracovného úrazu aj potvrdením o jeho nahlásení príslušnému inšpektorátu práce a v prípade vyšetrovania udalosti orgánom polície aj kópiou správy polície z vyšetrovania udalosti.

Poistník - meno, priezvisko alebo názov firmy, IČO:	
Poistený - meno, priezvisko:	Rodné číslo poisteného:
	Číslo ID (doklad totožnosti):
Adresa poisteného:	Tel. č. poisteného:*
	E-mail poisteného:**
Povolanie (uvedte súčasné povolanie):	Zamestnávateľ - názov, adresa:
Zákonný zástupca - meno, priezvisko a adresa (prosíme vyplniť, ak poistený nie je plnoletý):	Vzťah k poistenému (matka, otec, ...):

*pre účel odoslania SMS notifikácie o uzavretí škodovej udalosti **pre účel elektronickej komunikácie pri likvidácii škodových udalostí

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:	
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	
Ak k úrazu došlo pri športovej činnosti, uvedte druh športu, ktorý vykonávate:	
Ste registrovaný v športovom klube? <input type="checkbox"/> áno <input type="checkbox"/> nie Ak áno, uvedte 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, uvedte mená a adresy svedkov:	
Ak ide o úraz v motorovom vozidle, uvedte 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, uvedte mená a adresy:	
Vyšetroval udalosť orgán polície? <input type="checkbox"/> áno <input type="checkbox"/> nie Ak áno, predložte kópiu správy z vyšetrovania udalosti.	
Bola urobená skúška na hladinu alkoholu v krvi? <input type="checkbox"/> áno <input type="checkbox"/> nie Ak áno, uvedte zistené % alkoholu v krvi:	
Úrazové poistenie mám aj v inej poisťovni: <input type="checkbox"/> áno <input type="checkbox"/> nie Ak áno, uvedte presný názov a adresu poisťovne:	
Poistné plnenie žiadam poukázať:	
<input type="checkbox"/> bankovým prevodom - číslo účtu v tvare IBAN:	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> poštovým poukazom na adresu:	

Poistený/ oznamovateľ vyhlasuje a svojím podpisom potvrdzuje, že všetky jeho odpovede a informácie uvedené v tomto oznámení sú pravdivé a úplné a žiadne informácie podstatné pre likvidáciu škodovej udalosti nezamĺčal a je si vedomý/á právnych dôsledkov uvedenia nepravdivých alebo neúplných informácií a/alebo odpovedí na otázky poisťovne. 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 správy 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;
 prípadne oprávnenej osoby***

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

Poplatok za vyhotovenie správy o úraze lekárom hradí poistená osoba, resp. zákonný zástupca poisteného dieťaťa. Poistovňa 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 ošetrojúceho 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 lekárskemu ošetrovaniu? 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 ošetrovania (podrobne opíšte):		
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?		
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, iných navykových alebo toxických látok? <input type="checkbox"/> áno <input type="checkbox"/> nie		
Ak áno, uveďte druhy navykových alebo toxických látok:		
Zistené ‰ alkoholu v krvi:		
POTVRDENIE O DOČASNEJ PRACOVNEJ NESCHOPNOSTI		
Deň vystavenia dokladu o pracovnej neschopnosti: Číslo dokladu PN:		
Pracovná neschopnosť trvala od: do:		
Doklad o pracovnej neschopnosti bol poslaný na správu sociálneho zabezpečenia - adresa:		
Upozornenie pre klienta:		
K Oznámeniu o úraze priložte kópiu potvrdenia o pracovnej neschopnosti.		

Ošetrojúci lekár svojím podpisom potvrdzuje, že poisteného ošetroval a prehlasuje, že uvedené údaje sú pravdivé a úplné.

V dňa:

pečiatka a podpis ošetrojúceho lekára