

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

*pre účel elektronickej komunikácie pri likvidácii škodových udalostí **pre účel odoslania SMS notifikácie 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:	
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.

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 nezamtlal 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 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: <input type="checkbox"/> pravák <input type="checkbox"/> 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?	<input type="checkbox"/> áno <input type="checkbox"/> nie
Bol poranený úd alebo orgán už pred úrazom funkčne postihnutý?	<input type="checkbox"/> áno <input type="checkbox"/> nie
Ak áno, v akom rozsahu:	
Bolo príčinou úrazu úmyselné sebapoškodenie alebo pokus o samovraždu?	<input type="checkbox"/> áno <input type="checkbox"/> nie
Ak áno, uveďte podrobnosti:	
Nastal úraz následkom požitia alkoholu, iných návykových alebo toxických látok?	<input type="checkbox"/> áno <input type="checkbox"/> nie
Ak áno, uveďte druhy návykových alebo toxických látok:	
Bola vyšetovaná hladina alkoholu v krvi?	<input type="checkbox"/> áno <input type="checkbox"/> 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 nález a stavu pred zranením,	
- v prípade zranenia ucha (sluch) - stupeň poškodenia oproti fyziologickému nález 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?	<input type="checkbox"/> áno <input type="checkbox"/> nie
Je liečenie uvedeného úrazu ukončené a dnešný stav trvalý?	<input type="checkbox"/> áno <input type="checkbox"/> nie

V dňa.....
pečiatka a podpis odborného lekára