

OZNÁMENIE O ÚRAZE PRE ÚRAZOVÉ POISTENIE ŠKÔL

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.*

*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: ☐ v škole počas vyučovacej hodiny (uvedte predmet - matematika...):

☐ v škole počas prestávky medzi vyučovacími hodinami

☐ v škole inokedy (uvedte miesto - školský klub, jedáleň):

☐ mimo školy, v mieste sídla školy (uvedte miesto a aktivitu):

☐ 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:

Opište 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, hemofiliou, 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:

Oznámenie pre klienta: k oznámeniu o úraze priložte, prosím fotokópie lekárskeho správ a kópiu lekárskej prepúšťacej správy v prípade hospitalizácie. 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 nezamieľal 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 zdravotnícke 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; prípadne oprávnenej osoby**

**ak si nárok na poistné plnenie uplatňuje iná osoba ako poistený, uveďte príbuzenský vzťah k poistenému

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 ošetrojúceho lekára:	tel.č.:	e-mail:
Názov a adresa zdravotníckeho zariadenia:		
Zodpovedá rozsah telesného poškodenia úrazového deju, ktorý je uvádzaný v Oznámení o úraze?		☐ áno ☐ 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?		☐ áno ☐ nie
Ak áno, v akom rozsahu?		
Bol priebeh liečby úrazu komplikovaný?		☐ áno ☐ nie
Ak nastali komplikácie, uveďte druh a príčinu ich vzniku:		
Kde bol pacient hospitalizovaný?		
Uveďte adresu nemocničného zariadenia:		
Meno ošetrojúceho 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?		☐ áno ☐ nie
Vznikol úraz následkom požitia alkoholu alebo toxických látok?		☐ áno ☐ nie
Ak áno, o aké toxické látky išlo?		
Zistené ‰ alkoholu v krvi:		

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

V dňa:

pečiatka a podpis ošetrojúceho lekára