

**UPOZORNENIE:** V prípade úrazu spolupoisteného dieťaťa je pre posúdenie nároku na poistné plnenie potrebné priložiť k Oznámeniu o úraze fotokópiu rodného listu spolupoisteného dieťaťa.

**ÚDAJE O POISTENOM, príp. O SPOLUPOISTENOM DIEŤATI**

Meno a priezvisko:	Rodné číslo:	Telefón:
Adresa bydliska:	PSČ:	
Zamestnanie (druh pracovnej činnosti a adresa zamestnávateľa):		
Číslo poistných zmluv, ktorými ste poistený pre prípad úrazu:		

**1. ÚDAJE O ÚRAZE**

1.1. Kedy a kde došlo k úrazu?

Dátum:

Čas:

Miesto:

1.2. Podrobne a súvisle opište činnosť, spôsob a okolnosti vzniku úrazu:


1.3. Ktorá časť tela bola poranená?

--

1.4. Bola táto časť tela funkčne alebo inak postihnutá už pred týmto úrazom? áno  nie

Ako?

--

1.5. Adresa zdravotníckeho zariadenia,

kde Vám poskytl prvú ošetrovanie a kedy:	dátum začiatku lekárskeho liečenia následkov úrazu:	dátum ukončenia nevyhnutného lekárskeho liečenia následkov úrazu:

1.6. Došlo k úrazu pri výkone povolania alebo v priamej súvislosti s ním? áno  nie

Ak áno, uveďte pracovisko, kde k úrazu došlo a činnosť, ktorú ste vykonávali:

--

1.7. Došlo k úrazu pri činnosti mimo výkonu povolania? áno  nie

Ak áno, označte krížikom zdroj úrazu:

- opravárska a údržbárska činnosť; manipulácia so strojmi, náradím alebo materiálom
- pobyt a práce v domácnosti alebo v okolitom príslušenstve
- pri pešej chôdzi vrátane rekreačnej a inej činnosti

- pri doprave alebo v súvislosti s ňou
- v škole alebo pri akcii organizovanej školou
- vlastný dopravný prostriedok, vlastné zavinenie
- pri športe
- pri podnikateľskej činnosti
- pri inej činnosti mimo povolania

1.8. Bližšie opište zdroj, ktorý bol príčinou úrazu:

--

1.9. Mená a adresy prípadných svedkov úrazu:

--

1.10. Prípád vyšetrol (orgán, adresa, prípadne meno):

--

1.11. Ak ide o úraz motorovým vozidlom, uveďte:

druh a továrenskú značku vozidla:	ŠPZ:
Meno a adresa vlastníka motorového vozidla:	
Meno a adresa vodiča:	

**2. POTVRDENIE ZAMESTNÁVATEĽA ALEBO ORGANIZÁCIE**

V prípade, že k úrazu došlo pri pracovnej činnosti, alebo v priamej súvislosti s ním:

V ..... dňa .....

.....  
pečiatka a podpis zamestnávateľa (organizácie)

**3. PREHLÁSENIE A SPLNOMOCNENIE (vyplňuje poistený alebo zákonný zástupca)**

Prehlasujem, že k hore uvedenému úrazu som vyplnil(a) iba jedno oznámenie o úraze, v ktorom som uviedol(a) pravdivé a úplné údaje. Splnomocňujem poisťovňu na vyžiadanie akejkoľvek dokumentácie týkajúcej sa vzniku a liečenia môjho telesného poškodenia a zdravotného stavu.

Poistné plnenie poukážete na:

alebo na:

Prehlásenie zákonného zástupcu u maloletého poisteného:

Čestne prehlasujem, že som oprávnený zastupovať a spravovať veci môjho dieťaťa a som si vedomý dôsledkov, keby toto prehlásenie nebolo pravdivé.

Meno zákonného zástupcu:  Rodné číslo:

V ..... dňa .....

.....  
podpis poisteného / zákonného zástupcu maloletého poisteného

Ošetrojúci lekár potvrdzuje, že úrazom, postihnutá osoba, ktorá je uvedená na 1. strane tohto oznámenia, bola ošetrovaná a liečená liekármi, v zdravotníckych zariadeniach, spôsobom a v termínoch uvedených nižšie.

Kedy došlo podľa zdravotnej dokumentácie k prvému lekárskemu ošetrovaniu?

Dňa ..... o ..... hod.

Diagnóza úrazu:

Podrobný opis telesného poškodenia spôsobeného úrazom s určením jeho rozsahu:

V akom časovom rozmedzí prebiehalo priame nevyhnutné lekárske liečenie telesného poškodenia po úraze? (časové rozmedzie uveďte prosím v tvare deň, mesiac, rok začiatku a konca liečby):

Podrobne popíšte časovú následnosť jednotlivých krokov liečenia telesného poškodenia, spôsob a druh liečenia, meno lekára a zdravotníckeho zariadenia, kde liečenie prebiehalo:

Bola liečba úrazu optimálna alebo sprevádzaná komplikáciami? Ak áno, akými?

Je lekárska liečba následkov úrazu ukončená?

Bol klient v čase liečenia telesného poškodenia po úraze práceneschopný? Ak áno, uveďte čas trvania práceneschopnosti:

Prebiehalo v čase začiatku alebo priebehu ošetrovania následkov telesného poškodenia po úraze, ktorý je uvedený na 1. strane tohto tlačiva, liečenie následkov iného úrazu?

Boli doba a spôsob liečenia následkov úrazu ovplyvnené predchádzajúcim poškodením orgánu? Ak áno, v ako rozsahu?

Zodpovedá ošetrované telesné poškodenie vrátane jeho rozsahu úrazovému deju, ako je uvedený na prednej strane tohto oznámenia?

áno  nie

Nastal úraz následkom požitia alkoholu, alebo vplyvom toxických látok?

áno  nie

V krvi bolo zistené .....% alkoholu.

O aký druh návykovej látky pravdepodobne išlo?

Aké boli zistené príznaky opitosti, resp. toxických látok?

Vážení pán doktor, pre posúdenie nároku na poistné plnenie sú potrebné informácie o liečení a zdravotnom stave poisteného, príp. spolupoisteného dieťaťa, o ktoré Vás touto cestou prosíme. Písomný súhlas poisteného so sprístupnením uvedených informácií je uvedený na prvej strane tlačiva. Po presnom a úplnom vyplnení a podpísaní tohto tlačiva Vám vzniká právo na odmenu vo výške 5,00 € (150,63 Sk)\*.

**Upozornenie:** V prípade nepresného alebo neúplného vyplnenia údajov alebo nedoloženia požadovanej dokumentácie, nevzniká nárok na vyššie popísanú odmenu.

\* Prepočet podľa konverzného kurzu 1 euro = 30,1260 Sk

V ..... dňa .....

Meno lekára:

Adresa:

Číslo účtu:

.....  
Pečiatka a podpis ošetrojúceho lekára