oznámenie poistnej udalosti
úraz

číslo návrhu zmluvy / poistnej zmluvy

☐ Denné odškodné ☐ Trvalé následky úrazu

Poistený

Nemocenské poistenie ☐ Áno ☐ Nie

Kód zdravotnej poisťovne

Priezvisko | Meno, titul pred menom | Rodné číslo

Adresa (ulica, číslo, obec / mesto) | PSČ | Telefón

Zamestnanie, odbor

Adresa zamestnávateľa | Telefón do zamestnania

Údaje o úraze

Dátum úrazu | Čas úrazu | Miesto úrazu

Ako došlo k úrazu (podrobne popíšte)

Ktorá časť tela bola postihnutá a ako

Došlo k úrazu pri športe ☐ Áno ☐ Nie | Ak áno, uveďte druh športu | Ste registrovaný ☐ Áno ☐ Nie | Ak áno, uveďte druh športu | Odkedy

Došlo k úrazu pod vplyvom alkoholu alebo omamných látok? ☐ Áno ☐ Nie | Došlo k úrazu pri dopravnej nehode? ☐ Áno ☐ Nie | Kto úraz zavinil

Bola udalosť vyšetrovaná políciou? ☐ Áno ☐ Nie | Názov a adresa vyšetrujúceho orgánu

Mená a adresy svedkov udalosti (príp. i telefóny)

Meno lekára a adresa zariadenia, ktoré poskytlo prvé ošetrenie | Dátum prvého ošetrenia | Hodina prvého ošetrenia

Meno lekára a adresa zariadenia, kde ste sa ďalej liečili

Osoba uplatňujúca si nárok na poistné plnenie

☐ Zákonný zástupca ☐ Poistený

Bez vyplnenia tejto časti nie je možné poskytnúť poistné plnenie. Totožnosť osoby uplatňujúcej si nárok na poistné plnenie vyššie ako 16 596,96 € (500 000,02 Sk)€) musí byť úradne overená!

Priezvisko | Meno, titul pred menom | Rodné číslo

Adresa (ulica, číslo, obec / mesto) | PSČ | Telefón

Poistné plnenie

Poistné plnenie poukážte na účet číslo | Kód banky | Špecifický symbol (napr. číslo sporožíra, ...)

Pokiaľ nemáte účet, uveďte adresu, na ktorú má byť poistné plnenie zaslané

Prehlásenie

Podmienkou pre vyplatenie denného odškodného je dodanie kópie dokladu o ukončenej pracovnej neschopnosti (i OSVČ)!

Prehlasujem, že som sa v dobe pracovnej neschopnosti neúčastnil(a) pracovného procesu (školnej dochádzky), tj. od _____ do_____. Som si vedomý(á) dôsledkov nesprávnych odpovedí pre priznanie poistného plnenia. Súhlasím, aby si AXA životní pojišťovna a.s., organizačná zložka Slovensko vyžiadala všetku potrebnú dokumentáciu súvisiacu s mojím zdravotným stavom.

Podpisy

Dátum podpisu | Miesto | Podpis poisteného

778/51 10/2008

00523502

LO

Korešpondenčná adresa: AXA životní pojišťovna a.s., organizačná zložka Slovensko, Laurinská 18, 812 55 Bratislava, Slovensko
Sídlo spoločnosti: AXA životní pojišťovna a.s., organizačná zložka Slovensko, Laurinská 18, 811 01 Bratislava, Slovensko
Infolinka: 0850 11 11 22, , Fax: +421 2 5949 1112, E-mail: info.zp@axa-sk.com, www.axa-sk.com
IČO: 35 968 079, spoločnosť zapísaná v Obchodnom registri Okresného súdu Bratislava I, oddiel Po, vložka č. 1327/B

Správa odborného lekára o úraze

Náklady na vyplnenie tohto formulára budú uhradené poisťovňou do výšky 9,96 € (300,05 Sk)[€] v prípade uznania nároku na poistné plnenie.

☐ **Denné odškodné** ☐ **Trvalé následky úrazu**

Údaje o úraze (vyplní lekár)

Zodpovedá telesné poškodenie okolnostiam, ako postihnutý uviedol? ☐ Áno ☐ Nie

Diagnóza - kód

Meno lekára a adresa zariadenia, ktoré poskytlo prvé ošetrenie

Dátum prvého ošetrenia

Hodina prvého ošetrenia

Diagnóza - **podrobný** popis všetkých telesných poškodení spôsobených úrazom

Bol už poranený orgán pred úrazom funkčne poškodený? ☐ Áno ☐ Nie

Kedy dátum

Ako

V akom rozsahu

Dátum RTG a ďalších zobrazovacích vyšetrení

Popis RTG a ďalších zobrazovacích vyšetrení

Meno odborného lekára, u ktorého ste v starostlivosti

Od

Do

Priebeh a spôsob liečenia - **podrobne popíšte**

Došlo k úrazu pod vplyvom alkoholu alebo omamných látok? ☐ Áno ☐ Nie

Druh omámnej látky

‰ alkoholu v krvi

Bolo príčinou úrazu úmyselné samopoškodenie? ☐ Áno ☐ Nie

Bol porušený liečebný režim ☐ Áno ☐ Nie

Zanechal úraz trvalé následky ☐ Áno ☐ Nie

Aké - popis, rozsah

Je rozsah trvalých následkov už ustálený? ☐ Áno ☐ Nie

Hospitalizácia Od Do

Priložte prepúšťaciu správu a v prípade operácie i pooperačný protokol

Pevná fixacia Od Do

Rehabilitácia Od Do

Pracovná neschopnosť v dôsledku úrazu včetne Od Do

U detí a študentov uveďte dobu nevyhnutného liečenia (neúčasť v školnej dochádzke), ktorá by sa rovnala pracovnej neschopnosti

Iné správy lekára

V prípade, že vám nestačí formulár, priložte, prosím, podpísanú prílohu s uvedením čísla zmluvy. Počet príloh

Prehlásenie

Potvrdzujem, že údaje v lekárskej správe sa týkajú osoby uvedenej na prvej strane formulára.

Podpisy

Dátum podpisu

Miesto

Adresa a telefón ošetrujúceho lekára

Otlačok pečiatky a podpis ošetrujúceho lekára

[€] Suma uvedená v slovenských korunách je prepočítaná na základe konverzného kurzu - 1 EUR = 30,1260 SKK . Duálne zobrazenie peňažnej sumy v slovenských korunách slúži len na informatívne účely.