

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:	kde ste sa liečili:	Meno a adresa obvodného lekára v evidencii ktorého máte zdravotnú kartu:

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:

- | | | |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> opravárska a údržbárska činnosť; manipulácia so strojmi, náradím alebo materiálom | <input type="checkbox"/> pri doprave alebo v súvislosti s ňou | <input type="checkbox"/> pri športe |
| <input type="checkbox"/> pobyt a práce v domácnosti alebo v okolitom príslušenstve | <input type="checkbox"/> v škole alebo pri akcii organizovanej školou | <input type="checkbox"/> pri podnikateľskej činnosti |
| <input type="checkbox"/> pri pešej chôdzi vrátane rekreačnej a inej činnosti | <input type="checkbox"/> vlastný dopravný prostriedok, vlastné zavinenie | <input type="checkbox"/> 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 poukážte na:

Meno a adresu:

alebo na:

Bankový účet:

Kód banky:

Vedený v:

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 ošetroval úrazom postihnutého, ktorý je uvedený na prvej strane tohto oznámenia a zistil telesné poškodenia a zdravotné ujmy tohto druhu a rozsahu:

Kedy došlo (podľa zdravotnej dokumentácie) k prvému lekárskemu ošetrovaniu?

Dňaohod.

Diagnóza úrazu:

Podrobný opis telesného poškodenia spôsobeného úrazom s určením jeho rozsahu:

Spôsob a druh ošetrovania (podrobne opište):

RTG nález opisom:

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?

Áké boli zistené príznaky opitosti, resp. toxických látok?

Bol poranený úd alebo orgán už pred úrazom funkčne postihnutý?

áno nie

Ako?

V akom rozsahu?

Predpokladáte, že úraz zanechá trvalé následky?

áno nie

Pravdepodobne akého druhu a rozsahu?

Vážený 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 = 30,126 Sk

V dňa

Meno lekára:

Adresa:

Číslo účtu:

.....
Pečiatka a podpis ošetrojúceho lekára