

OZNÁMENIE O ÚRAZE

04/2017 754

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:	
Ste politicky exponovanou osobou podľa zákona č. 297/2008 Z.z. ? <input type="checkbox"/> áno <input type="checkbox"/> nie V prípade kladnej odpovede uveďte v akom postavení: Ak ide o škodovú udalosť dieťaťa, na otázku odpovedajte v časti Prehlásenie zákonného zástupcu u maloletého poisteného.		
Zamestnanie (druh pracovnej činnosti a adresa zamestnávateľa):		
Čísla 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 opíšte 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 <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/>		
1.5. Adresa zdravotníckeho zariadenia, kde vám poskytli prvé ošetrenie 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: opravárska a údržbárska činnosť; manipulácia so strojmi, náradím alebo materiálom pri doprave alebo v súvislosti s ňou pri športe pobyt a práce v domácnosti alebo v okolí príslušenstva v škole alebo pri akcii organizovanej školou pri podnikateľskej činnosti pri pešej chôdzi vrátane rekreačnej a inej činnosti vlastný dopravný prostriedok, vlastné zavinenie pri inej činnosti mimo povolania

1.8. Bližšie opíšte zdroj, ktorý bol príčinou úrazu:

1.9. Mená a adresy prípadných svedkov úrazu:

1.10. Prípad vyšetroval (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:

SPRÁVA OŠETRUJÚCEHO LEKÁRA

Tlačivo poisťovne môže vyplniť iba odborný ošetrojúci lekár, ktorý nie je v príbuzenskom vzťahu s úrazom postihnutou osobou, uvedenou v tejto správe.

Meno, priezvisko, titul:	Rodné číslo: <input type="text"/>	Tel. číslo: <input type="text"/>
Adresa trvalého pobytu: (ulica, číslo, obec)	PSČ: <input type="text"/>	
Kedy a kde došlo k úrazu?	Dátum: <input type="text"/>	Čas: <input type="text"/>
Miesto: <input type="text"/>		
Podrobne a súvisle opíšte činnosť, spôsob a okolnosti vzniku úrazu:		
<input type="text"/>		
<input type="text"/>		

Kedy došlo (podľa zdravotnej dokumentácie) k prvému lekárskeho ošetreniu?	Dňaohod.
Diagnóza úrazu:	
Podrobný opis telesného poškodenia spôsobeného úrazom s určením jeho rozsahu:	
Spôsob a druh ošetrenia (podrobne opíšte):	
RTG nález opisom:	

Zodpovedá ošetrované telesné poškodenie vrátane jeho rozsahu úrazovému dej, 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%o alkoholu.

O aký druh návykovej látky pravdepodobne išlo?

Aké 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 €.

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

V dňa	Vyhlasujem, že nie som v príbuzenskom vzťahu s úrazom postihnutou osobou uvedenou na tomto oznámení.
Meno lekára:	
Adresa: Pečiatka a podpis ošetrojúceho lekára
IBAN lekára:	<input type="text"/>
SWIFT/BIC banky lekára:	<input type="text"/>