

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

OZNÁMENIE O ÚRAZE

Wüstenrot poisťovňa, a.s. • Karadžičova 17, 825 22 Bratislava 26, SR • IČO: 31 383 408

DIČ: 2020843561 • IČ pre DPH: SK 2020843561 • Obchodný register Okresného súdu Bratislava I, oddiel Sa, vložka č. 757/B • www.wuestenrot.sk

POISTENÝ

Meno, priezvisko, titul	Rodné číslo	<table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table> / <table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>																												
Ulica, číslo domu, mesto	PSČ	<table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>							Tel. číslo	<table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>																				
Povolanie	Ste zamestnancom v súlade s čl. 28 ods. 1 VPP-IZdP*? <input type="checkbox"/> áno <input type="checkbox"/> nie																													
Ste právák alebo ľavák	Ste samostatne zárobková činná osoba v súlade s čl. 28 ods. 2 VPP-IZdP*? <input type="checkbox"/> áno <input type="checkbox"/> nie																													
Adresa zamestnávateľa																														
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:																														

* Všeobecné poistné podmienky pre Individuálne zdravotné poistenie

ÚDAJE O ÚRAZE

Kedy došlo k úrazu?	Miesto úrazu?	
Opíšte súvisle a podrobne činnosť, spôsob a okolnosti vzniku úrazu:		
Označte krížikom zdroj úrazu:		
<input type="checkbox"/> manipulácia so strojmi (nástrojmi) alebo materiálom	<input type="checkbox"/> napadnutie zvieratami	<input type="checkbox"/> iné, konkrétne:
<input type="checkbox"/> pád	<input type="checkbox"/> čin inej osoby	
<input type="checkbox"/> zavalenie	<input type="checkbox"/> dopravné prostriedky	
<input type="checkbox"/> výbuch, chemikálie, strelné zbrane	<input type="checkbox"/> práce v domácnosti alebo v okolitom príslušenstve	
<input type="checkbox"/> popáleniny, omrzliny, jedy	<input type="checkbox"/> pri športe	
Mená a adresy svedkov úrazu:		
Prípád vyšetroval (orgán, adresa, prípadne meno):		
Ak ide o úraz osoby dopravovanej motorovým vozidlom - druh, továrenská značka vozidla:		
Meno, adresa vodiča:		
Adresa zdravotníckeho zariadenia:		
kde vám poskytli prvé ošetrovanie:	kde ste sa liečili:	v evidencii ktorého máte zdravotnú kartu:
Meno obvodného lekára:	Bol poranený úd alebo orgán už pred úrazom funkčne postihnutý:	

PREHLÁSENIE A SPLNOMOCNENIE (vypĺňa poistený alebo zákonný zástupca poisteného)

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:																		
na bankový účet číslo:																		
Prehlásenie zákonného zástupcu u maloletého poisteného:																		
Čestne prehlasujem, že som oprávnený zastupovať a spravovať veci môjho dieťaťa a som si vedomý(á) dôsledkov, keby toto prehlásenie nebolo pravdivé.																		
Meno zákonného zástupcu:	Rodné číslo	<table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table> / <table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>																
V..... dňa.....																		
..... podpis poisteného alebo zákonného zástupcu 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:

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

SPRÁVA LEKÁRA

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

Deň:

Rok:

Hodina:

Diagnóza úrazu:

Podrobný opis telesného poškodenia spôsobeného úrazom s určením jeho rozsahu:

Spôsob a druh ošetrovania (podrobne opíšte)

RTG nález s opisom:

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

Nedošlo k úrazu

z opilsti?

vplyvom toxických látok ?

Aké príznaky

opilsti

toxických látok boli zistené?

V krvi zistené‰ alkoholu

Bol poranený úd alebo orgán už pred úrazom funkčne postihnutý?

Ako?

V akom rozsahu?

Predpokladáte, že úraz zanechá trvalé následky?

Pravdepodobne akého druhu a rozsahu?

Vážení pán doktor, pre posúdenie nároku na poistné plnenie sú potrebné informácie o liečení a zdravotnom stave poisteného, o ktoré Vás touto cestou prosíme.

Písomný súhlas poisteného so sprístupnením uvedených informácií je uvedený na prednej strane tlačiva. Po presnom a úplnom vyplnení a podpísaní tohto tlačiva Vám vzniká právo na odmenu vo výške 5 eur.

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

Vyhlasujem, že nie som v príbuzenskom vzťahu s úrazom postihnutou osobou uvedenou na tomto oznámení.

V..... dňa.....

.....
Pečiatka a podpis ošetrojúceho lekára

POPROSIEME UVIESŤ NASLEDUJÚCE ÚDAJE

Meno lekára:

Adresa:

Číslo účtu: