Konverzný kurz: 1 EUR = 30,1260 SKK

KOMUNÁLNA poisťovňa, a. s. Vienna Insurance Group

Štefánikova 17, 811 05 Bratislava

Akciová spoločnosť je zapísaná v Obchodnom registri Okresného súdu Bratislava 1, oddiel: Sa, vložka č.: 3345/B

KOMUNÁLNA poisťovňa
VIENNA INSURANCE GROUP

Vyplní poisťovňa: Prijaté dňa: Číslo poistnej udalosti: | | | | | | | | | | |

OZNÁMENIE POISTNEJ UDALOSTI

ÚDAJE O POISTENOM (vyplňuje poistený, resp. zákonný zástupca za maloletého poisteného)

Číslo poistnej zmluvy: .....

Meno a priezvisko poisteného: ..... Rodné číslo: ..... /.....

Adresa: ..... PSČ: .....

Zamestnanie: .....

Telefón domov: ..... Telefón do zamestnania: .....

ÚDAJE O CHOROBE (vyplňuje poistený, resp. zákonný zástupca za maloletého poisteného)

Kedy v súvislosti s ochorením ste prvý raz navštívili lekára?

Aká bola stanovená diagnóza?

Liečili ste sa na uvedené ochorenie v minulosti? Ak áno, uveďte kedy a kde:

Adresa lekára, resp. zdravotníckeho zariadenia, kde ste sa liečili:

Adresa lekára, zdravotníckeho zariadenia, kde je uložená kompletná zdravotná dokumentácia:

ÚDAJE O ÚRAZE (vyplňuje poistený, resp. zákonný zástupca za maloletého poisteného)

Dátum vzniku úrazu: Čas: Miesto:

Došlo k úrazu pri výkone povolania? áno ☐ nie ☐

Popíšte okolnosti vzniku úrazu:

Ktorá časť tela bola poranená? Ste: pravák ☐ ľavák ☐

Bola táto časť tela funkčne alebo inak postihnutá už pred týmto úrazom? Ako?

Bolo v súvislosti s poistnou udalosťou vedené policajné vyšetrovanie? Ak áno, kým a kde?

Mená a adresy svedkov úrazu:

Vyplňte iba pri úrazovom poistení nemenovaných osôb, ktoré sú prepravované motorovým vozidlom:

druh vozidla ..... výrobná značka ..... ŠPZ .....

počet sedadiel ..... počet prepravovaných osôb ..... meno a adresa vlastníka motorového vozidla .....

..... meno a adresa vodiča .....

V ktorom športe ste registrovaný?

Vykonávate tento šport aktívne? Ak áno, v akej súťaži?

Ak ide o úraz pri telovýchovnej alebo športovej činnosti, uveďte, či bola organizovaná, a ak áno, ktorou organizáciou:

Meno, adresa a telefón lekára, v evidencii ktorého je uložená kompletná zdravotná dokumentácia poisteného:

Kde bolo poskytnuté prvé ošetrenie (adresa zdravotníckeho zariadenia, meno lekára, telefón, dátum, čas):

Údaje o priznaní invalidného dôchodku zo Sociálnej poisťovne (vypĺňuje poistený)

Invalidný dôchodok priznaný zo Sociálnej poisťovne s účinnosťou od ..... z dôvodu úrazu ☐ choroby ☐

Adresa lekára, zdravotníckeho zariadenia, kde je uložená kompletná zdravotná dokumentácia .....

.....

..... pokles schopnosti vykonávať zárobkovú činnosť o .....%

Údaje o hospitalizácii (vypĺňuje poistený)

Vyplňte iba v prípade dojednania poistenia pre prípad hospitalizácie následkom úrazu (UH)
alebo v prípade dojednania poistenia pre prípad hospitalizácie následkom úrazu alebo choroby (H)

Hospitalizácia od ..... do..... z dôvodu úrazu ☐ choroby ☐

Názov a adresa nemocnice: .....

Adresa lekára, zdravotníckeho zariadenia, kde je uložená kompletná zdravotná dokumentácia: .....

.....

K vyplnenému oznámeniu priložte fotokópiu prepúšťacej správy z nemocnice.

Údaje o pracovnej neschopnosti

Vyplňte iba v prípade dojednania poistenia „Oslobodenie od platenia poistného , resp. náhrada poistného“
Alebo v prípade dojednania poistenia „Mesačná výplata“

Doba trvania pracovnej neschopnosti od ..... do .....
K vyplnenému oznámeniu priložte fotokópiu pracovnej neschopnosti, resp. v prípade, že nemohla byť pracovná neschopnosť vystavená v súlade s platnými zákonnými úpravami, potvrdenie ošetrujúceho lekára na nasledujúcej strane tohto tlačiva.

Pokyny k výplate poistného plnenia (vypĺňuje poistený, resp. zákonný zástupca za maloletého poisteného)

Výplata poistného plnenia (označte jednu z možností)

☐ Poukážte na účet číslo: ..... Vedený v banke: .....

☐ Poukážte na OPÚ účet: .....

☐ Zašlite na adresu: .....

Prehlásenie zákonného zástupcu maloletého poisteného (vypĺňuje zákonný zástupca)

Meno a priezvisko zákonného zástupcu..... rodné číslo .....

Vzťah k maloletému ..... telefón do zamestnania ..... telefón domov .....

Čestne prehlasujem, že som oprávnený zastupovať a spravovať veci maloletého ..... a som si vedomý dôsledkov, ak som uviedol (a) v prehlásení nepravdivé údaje.

Podpis zákonného zástupcu .....

Prehlasujem, že som na všetky otázky uvedené vo formulári odpovedal pravdivo a úplne a že som si vedomý dôsledkov nesprávnych odpovedí na povinnosť poisťovateľa plniť. Súhlasím, aby si KOMUNÁLNA poisťovňa, a. s. Vienna Insurance Group vyžiadala všetku potrebnú dokumentáciu, vzťahujúcu sa k poistnej udalosti. Súčasne pozbavujem lekárov mlčanlivosti o všetkých skutočnostiach, týkajúce sa môjho (maloletého poisteného) zdravotného stavu.
Súhlasím s poskytnutím osobných údajov a ich spracovaním v informačnom systéme spoločnosti KOMUNÁLNA poisťovňa, a. s. Vienna Insurance Group.

V ..... dňa .....

.....
podpis poisteného (jeho zákonného zástupcu, poistníka)

Pokyny:

„Správa ošetrujúceho lekára“ vyplní ošetrujúci lekár.

Vyplnený formulár zašlite na adresu poisťovne.

Poplatok za vyplnenie formuláru lekárom hradí poistený, resp. zákonný zástupca maloletého poisteného.
Poisťovňa prepláca poistenému poplatok za vyplnenie formuláru do max. výšky 4,98 EUR / 150 SKK.

SPRÁVA OŠETRUJÚCEHO LEKÁRA

Ošetrujúci lekár potvrdzuje, že ošetroval poisteného ..... rod. číslo ....., ktorý je uvedený na prednej strane formuláru a zistil telesné poškodenie spôsobené úrazom ☐ diagnózu pre uvedenú chorobu ☐
vypracoval správu na základe zdravotnej dokumentácie .....

Prvé lekárske ošetrenie (podľa zdravotnej dokumentácie) bolo vykonané: dňa: ..... čas: .....
meno lekára: .....adresa zdravotníckeho zariadenia: .....

Zodpovedá rozsah telesného poškodenia úrazovému deju uvedenému na prednej strane tohto formuláru? ☐ áno ☐ nie

Diagnóza (slovensky - latinsky)

Podrobný popis telesného poškodenia spôsobeného úrazom s určením rozsahu a príčiny (pri zuboch číselne označiť poranený zub, pri poranení tváre uviesť, či bude potrebná estetická úprava)

RTG-nález s popisom (uveďte vždy pri úplných, neúplných zlomeninách a vytknutiach)

Bolo vykonané arthroskopické vyšetrenie? ☐ áno ☐ nie. S akým záverom?

Bola vykonaná operácia? ☐ áno ☐ nie Aká?

Spôsob a druh ošetrenia/ liečenia (podrobný popis)

Pri rehabilitácii uveďte dôvod, formu, ako často a ako dlho bola vykonávaná

Bol poranený úd alebo orgán funkčne alebo inak postihnutý už pred úrazom?

Ak bola nutná rehabilitácia, uveďte dôvod, formu, dĺžku (koľkokrát týždenne)

Došlo k predĺženiu priemernej doby liečenia úrazu? ☐ áno ☐ nie Príčina a druh komplikácií:

Skutočná doba nevyhnutného liečenia úrazu (vrátane komplikácií) od ..... do ..... alebo predpokladaná doba liečenia podľa zistenej diagnózy, bez prihliadnutia k osobným zdravotným odchýlkam poraneného (napríklad telesná zdatnosť, vplyv predošlých ochorení a pod.) ..... týždňov.

Uveďte dátum, kedy sa ustálil zdravotný stav bez ďalšieho funkčného zlepšenia

Údaje o pracovnej neschopnosti Pracovná neschopnosť trvala od: ..... do: .....
Dôvod, pre ktorý nebol vystavený doklad o pracovnej neschopnosti .....

Bol poistený hospitalizovaný? Od: ..... do: ..... (adresa, oddelenie, meno ošetrujúceho lekára)

Došlo k úrazu pod vplyvom:

alkoholu	☐ áno	☐ nie	intoxikácie	☐ áno	☐ nie	omamných látok	☐ áno	☐ nie
užitia narkotík	☐ áno	☐ nie	iných látok	☐ áno	☐ nie	duševnej choroby	☐ áno	☐ nie

V krvi bolo zistené ..... promile alkoholu ..... promile inej látky *(uveďte akej)*

Bolo príčinou úrazu úmyselné sebapoškodenie? ☐ áno ☐ nie

Predpokladáte, že úraz zanechá trvalé následky? ☐ áno ☐ nie
V akom pravdepodobnom rozsahu?

Prehlasujem, že uvedené údaje sú pravdivé, úplné a zodpovedajú skutočnosti.

V súlade s § 2 ods. 3) Zákona č. 659/2007 Z.z. o zavedení meny euro v Slovenskej republike sa konečné sumy v eurách po prepočte podľa konverzného kurzu zaokrúhľujú na dve desatinné miesta na najbližší euro cent podľa pravidiel ustanovených osobitným predpisom. Po 1.1.2009 je hodnota uvedená v SKK len informatívna.

V ..... dňa .....

.....
pečiatka zdravotníckeho zariadenia a podpis ošetrujúceho lekára