

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 (vyplňuje poistený) Invalidný dôchodok priznaný zo Sociálnej poisťovne s účinnosťou od z dôvodu úrazu <input type="checkbox"/> choroby <input type="checkbox"/> Adresa lekára, zdravotníckeho zariadenia, kde je uložená kompletná zdravotná dokumentácia pokles schopnosti vykonávať zárobkovú činnosť o%
Údaje o hospitalizácii (vyplňuje poistený) <i>Vyplňte iba v prípade dojednania poistenia pre prípad hospitalizácie následkom úrazu (UH)</i> <i>alebo v prípade dojednania poistenia pre prípad hospitalizácie následkom úrazu alebo choroby (H)</i> Hospitalizácia od do z dôvodu úrazu <input type="checkbox"/> choroby <input type="checkbox"/> Názov a adresa nemocnice: Adresa lekára, zdravotníckeho zariadenia, kde je uložená kompletná zdravotná dokumentácia: <i>K vyplnenému oznámeniu priložte fotokópiu prepúšťacej správy z nemocnice.</i>
Údaje o pracovnej neschopnosti <i>Vyplňte iba v prípade dojednania poistenia „Oslobodenie od platenia poistného, resp. náhrada poistného“</i> <i>Alebo v prípade dojednania poistenia „Mesačná výplata“</i> 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 ošetrojúceho lekára na nasledujúcej strane tohto tlačiva.
Pokyny k výplate poistného plnenia (vyplňuje poistený, resp. zákonný zástupca za maloletého poisteného)
Výplata poistného plnenia (označte jednu z možností) <input type="checkbox"/> Poukážte na účet číslo: Vedený v banke: <input type="checkbox"/> Poukážte na OPÚ účet: <input type="checkbox"/> Zašlite na adresu:
Prehlásenie zákonného zástupcu maloletého poisteného (vyplňuje 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. <div style="text-align: right;">Podpis zákonného zástupcu</div>

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, poisníka)

Pokyny:

„Správa ošetrojúceho lekára“ vyplní ošetrojúci lekár.

Vyplnený formulár zašlite na adresu poisťovne.

SPRÁVA OŠETRUJÚCEHO LEKÁRA

Ošetrojúci 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 úrazového 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 (uvedte 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 ošetrovania/ 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 ošetrojúceho lekára)

Došlo k úrazu pod vplyvom:

alkoholu	<input type="checkbox"/> áno	<input type="checkbox"/> nie	intoxikácie	<input type="checkbox"/> áno	<input type="checkbox"/> nie	omamných látok	<input type="checkbox"/> áno	<input type="checkbox"/> nie
užitia narkotík	<input type="checkbox"/> áno	<input type="checkbox"/> nie	iných látok	<input type="checkbox"/> áno	<input type="checkbox"/> nie	duševnej choroby	<input type="checkbox"/> áno	<input type="checkbox"/> nie

V krvi bolo zistené promile alkoholu promile inej látky (uvedte 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 ošetrojúceho lekára