

OZNÁMENIE TRVALÝCH NÁSLEDKOV ÚRAZU

Uplatňujem nárok na poistné plnenie za trvalé následky úrazu zo dňa: č. poistnej udalosti:		
Poistník - názov firmy, IČO:	Číslo poistných zmlúv, ktorými ste poistený pre prípad úrazu:	
Poistený – priezvisko, meno:	Zákonný zástupca – meno, priezvisko a adresa:*	
Adresa poisteného:	Rodné číslo poisteného:	Tel. č.:
Zamestnanie (druh pracovnej činnosti a adresa zamestnávateľa) - v čase vzniku poistnej udalosti:		
Zamestnanie (druh pracovnej činnosti a adresa zamestnávateľa) – v súčasnosti:		

**Údaje je povinné vyplniť v prípade, ak poistený nie je plnoletý.*

Uveďte meno a adresu Vášho lekára a prípadne odborných lekárov, ktorí majú záznamy o Vašom zdravotnom stave:		
Dátum a hodina, kedy došlo k poistnej udalosti:	Miesto vzniku poistnej udalosti:	
Miesto, adresa prvého lekárskeho ošetrovania:		
Opíšte podrobne spôsob a okolnosti vzniku úrazu:		
Ktorá časť tela bola poranená?		
Bola poranená časť tela už pred úrazom funkčne poškodená? áno <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/>		
K úrazu došlo pri: <input type="checkbox"/> pracovnej činnosti <input type="checkbox"/> mimopracovnej činnosti <input type="checkbox"/> športovej činnosti, akaj:		
Ak sa venujete športu, uveďte druh športu, ktorý vykonávate:	Ak ste registrovaný v športovom klube, uveďte názov a presnú adresu:	
K úrazu došlo pri: <input type="checkbox"/> tréningu <input type="checkbox"/> súťaži <input type="checkbox"/> rekreačnom športovaní		
Ak ide o úraz v motorovom vozidle, uveďte druh a typ vozidla:	ŠPZ:	Meno a adresa majiteľa vozidla:
Meno a adresa vodiča:	Boli zranené aj iné spolucestujúce osoby? áno <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> Ak áno, uveďte mená a adresy:	
Uveďte mená a adresy prípadných svedkov:		
Vyšetroval udalosť orgán polície? áno <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> <i>Ak áno, predložte fotokópiu správy.</i>	Bola urobená skúška na hladinu alkoholu v krvi? áno <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/>	
Úrazové poistenie mám aj v inej poisťovni: áno <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/>	Ak áno, uveďte presný názov a adresu poisťovne:	
Poistné plnenie žiadam poukázať na účet č.:	vedený v:	

Upozornenie pre klienta:

Nárok na dennú náhradu v prípade pracovnej neschopnosti nevzniká, ak pracovná neschopnosť nepresiahne dobu dohodnutú v poistnej zmluve. K Oznámeniu o úraze priložte prosím fotokópiu potvrdenia o pracovnej neschopnosti vzťahujúcu sa k úrazu.

Vyhlasujem, že som na všetky otázky odpovedal pravdivo a úplne a som si vedomý možných dôsledkov v prípade zamlčania závažných okolností alebo uvedenia nesprávnych informácií. Vyhlasujem, že som sa oboznámil s ustanoveniami poistnej zmluvy o ochrane osobných údajov.

Súhlasím, aby si Union poisťovňa a.s. vyžiadala všetku potrebnú zdravotnú dokumentáciu o mojom liečení a celkovom zdravotnom stave. Súčasne pozbavujem lekárov mlčanlivosti o všetkých skutočnostiach týkajúcich sa môjho zdravotného stavu. Taktiež súhlasím, aby si Union poisťovňa, a.s. v prípade potreby vyžiadala: **a)** informácie o mojom zdravotnom stave v Sociálnej poisťovni; **b)** výpis z karty poistenca zdravotnej poisťovne v príslušnej zdravotnej poisťovni; **c)** informácie o okolnostiach úrazu od orgánu polície, ktorý udalosť vyšetroval.

Poistený týmto dáva lekárovi výslovný písomný súhlas s poskytnutím údajov o jeho zdravotnom stave Union poisťovni, a.s.

Poistený týmto dáva poisťovateľovi výslovný písomný súhlas: **a)** so spracovaním osobných údajov, ako aj osobitnej kategórie osobných údajov v informačnom systéme poisťovateľa v súvislosti s dojednaným poistením a so sprístupnením týchto údajov tretím osobám v súvislosti so správou poistenia, likvidáciou poistných udalostí a zaistením. Súhlas sa udeľuje na dobu do vysporiadania všetkých záväzkov vyplývajúcich z poistnej zmluvy; **b)** s tým, aby tretie osoby, ktorým poisťovateľ poskytol osobné údaje, spracovali osobné údaje v rozsahu a na účel vyplývajúci z ich právneho postavenia, maximálne po dobu desiatich rokov od ukončenia zmluvného vzťahu medzi poisťovateľom a poistníkom/poisteným, pričom ustanovenia osobitných právnych predpisov tým nie sú dotknuté; **c)** s tým, aby poisťovateľ vykonával cezhraničný prenos osobných údajov do ktorejkoľvek z krajín EÚ, krajín pridružených k EÚ, krajín patriacich do Európskeho hospodárskeho priestoru; **d)** na získavanie osobných údajov kopírovaním, skenovaním alebo iným zaznamenávaním úradných dokladov na nosič informácií.

Poistený je oprávnený tento súhlas odvolať. Odvolanie nemá spätné účinky.

V dňa

.....
podpis poisteného (poistníka, oprávnenej osoby)

UPOZORNENIE:

Poplatok za vyhotovenie správy o trvalých následkoch úrazu lekárom hradí poistená osoba, resp. zákonný zástupca poisteného dieťaťa. Poist'ovňa uhradí poistenému náklady na vyhotovenie správy lekára o trvalých následkoch úrazu zvýšením sumy poistného plnenia o 5 EUR (150,63 SKK).

ZÁZNAM OŠETRUJÚCEHO LEKÁRA – POPIS TRVALÝCH NÁSLEDKOV

Meno a priezvisko poisteného:	
Rodné číslo (dátum narodenia):	
Zamestnanie – v čase vzniku poistnej udalosti:	
Bydlisko poisteného:	
ulica, číslo:	PSČ: obec:
Poistený je:	pravák <input type="checkbox"/> ľavák <input type="checkbox"/> Tel. číslo ošetrojúceho lekára:

Dátum vzniku úrazu:	
Druh zranenia a diagnóza:	
Príčina a okolnosti úrazu:	
Sú uvedené odchýlky v zdravotnom stave zapríčinené len úrazom?	áno <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/>
Bol poranený úd alebo orgán už pred úrazom funkčne postihnutý? Ak áno, v akom rozsahu?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Bolo príčinou úrazu úmyselné sebaškodenie alebo pokus o samovraždu? Ak áno, uveďte podrobnosti:	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Nastal úraz následkom požitia alkoholu alebo iných návykových látok? Ak áno, uveďte druh návykovej látky:	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Bola vyšetrovaná hladina alkoholu v krvi? Ak áno, uveďte množstvo alkoholu v krvi: Ktoré zdravotné zariadenie (pracovisko) vyšetruvalo hladinu alkoholu v krvi?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

Podrobný popis súčasného zdravotného stavu:	
<ul style="list-style-type: none"> - v prípade zranenia končatiny presný popis funkcie, hybnosti, svalovej sily, atď. (porovnanie so zdravou končatinou), - v prípade zranenia vnútorných orgánov vplyv zranenia na celkový zdravotný stav organizmu – podrobný popis, - v prípade zranenia oka – visus – stupeň poškodenia oproti fyziologickému nálezu a stavu pred zranením, - v prípade zranenia ucha (sluchu) – stupeň poškodenia oproti fyziologickému nálezu a stavu pred zranením, - v prípade zranenia zubov – extrakcia, čiastočná strata, vitalita úplná alebo čiastočná, - v prípade jazvy jej presný popis – charakter, veľkosť, lokalita, či vzbudzujú súcit alebo ošklivosť, funkčné poruchy. 	
RTG nález s opisom:	
Majú vplyv na celkový rozsah trvalých následkov chorobné zmeny nesúvisiace s úrazom?	áno <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/>
Je liečenie uvedeného úrazu ukončené a dnešný stav trvalý?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

V dňa

.....
pečiatka a podpis ošetrojúceho lekára

Pre duálne zobrazenie hodnôt je použitý konverzný kurz 1 EUR = 30,1260 SKK.

Union poist'ovňa, a.s., Bajkalská 29/A, 813 60 Bratislava, Slovenská republika, IČO: 31 322 051, DIČ: 20208000353, IČ DPH: SK20208000353, zapísaná v Obchodnom registri Okresného súdu Bratislava I, odd. Sa, vl.č. 383/B, Tel.: 0850 111 211, Fax: 02/536 31 111

C100-001.03/1006