

**! UPOZORNENIE:** V prípade úrazu spolupoisteného dieťaťa je pre posúdenie nároku na poistné plnenie potrebné priložiť k Oznámeniu o liečení následkov úrazu fotokópiu rodného listu spolupoisteného dieťaťa.

## ÚDAJE O POISTENOM, príp. O SPOLUPOISTENOM DIEŤATI

Meno, priezvisko, titul:	Rodné číslo:	Telefón:
Adresa bydliska:	PSČ:	
Zamestnanie (uveďte druh pracovnej činnosti a zamestnávateľa, príp. uveďte, či ste SZČO, študentom denného štúdia strednej alebo vysokej školy, nezamestnaným, na materskej alebo rodičovskej dovolenke, starobným alebo invalidným dôchodcom):		
<p><b>! Upozornenie: Ak je poistený SZČO a v súlade s dojednanými poistnými podmienkami sa výška dennej dávky za dobu nevyhnutného liečenia úrazu určuje v závislosti od rozhodujúceho príjmu ku dňu vzniku úrazu, k novej likvidácii je potrebné doručiť aj vyplnené tlačivo poisťovne "Potvrdenie daňového úradu".</b></p>		
Čísla poistných zmluv, ktorými ste poistený pre prípad úrazu:		

## 1. ÚDAJE O ÚRAZE

1.1. Kedy a kde došlo k úrazu?

Dátum:	D	M	R	Čas:	Miesto:
--------	---	---	---	------	---------

1.2. Podrobne a súvisle opíšte činnosť, spôsob a okolnosti vzniku úrazu:


1.3. Bližšie opíšte zdroj, ktorý bol príčinou úrazu:

1.4. Ktorá časť tela bola poranená?

--	--

1.5. Adresa zdravotníckeho zariadenia,

kde Vám poskytli prvé ošetrenie a kedy:	dátum začiatku lekárskeho liečenia následkov úrazu:	dátum ukončenia nevyhnutného lekárskeho liečenia následkov úrazu:

1.6. Bola táto časť tela funkčne alebo inak postihnutá už pred týmto úrazom? áno  nie 

Ako?
------

1.7. 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:

--

1.8. Došlo k úrazu pri činnosti mimo výkonu povolania? áno  nie 

Ak áno, označte krížikom zdroj úrazu:

<input type="checkbox"/> opravárska a údržbárska činnosť; manipulácia so strojmi, náradím alebo materiálom	<input type="checkbox"/> pri doprave alebo v súvislosti s ňou	<input type="checkbox"/> pri športe
<input type="checkbox"/> pobyt a práce v domácnosti alebo v okolitom príslušenstve	<input type="checkbox"/> v škole alebo pri akcii organizovanej školou	<input type="checkbox"/> pri podnikateľskej činnosti
<input type="checkbox"/> pri pešej chôdzi vrátane rekreačnej a inej činnosti	<input type="checkbox"/> vlastný dopravný prostriedok, vlastné zavinenie	<input type="checkbox"/> pri inej činnosti mimo povolania

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 vodiča:	Meno a adresa vlastníka motorového vozidla:
-----------------------	---

## 2. POTVRDENIE ZAMESTNÁVATEĽA ALEBO ORGANIZÁCIE

2.1. Potvrdzujem, že (meno, priezvisko, r.č.) bol k dátumu nastania úrazu

D	M	R
---	---	---

zamestnancom spoločnosti (názov spoločnosti)

Potvrdzujem, že výška priemerného mesačného zárobku\* pre pracovnoprávne účely ku dňu vzniku úrazu bola eur.

Kontakt na zamestnávateľa (adresa, tel. č., e-mail):

2.2. Došlo k úrazu pri pracovnej činnosti, alebo v priamej súvislosti s ňou?  áno  nie

V ..... dňa .....

\* Priemerný mesačný zárobok je priemerný hodinový zárobok zistený zo súčtu mzdy a náhrad mzdy zúčtovaných zamestnancomi za kalendárny štvrtrok bezprostredne predchádzajúci štvrtroku, v ktorom sa priemerný mesačný zárobok zisťuje, násobený priemerným počtom pracovných hodín pripadajúcich v roku na jeden mesiac podľa týždenného pracovného času.

.....  
Podpis zástupcu zamestnávateľa (s uvedením funkcie) a pečiatka zamestnávateľa

## 3. PREHLÁSENIE A SPLNOMOCNENIE (vyplňuje poistený alebo zákonný zástupca)

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 poukážete na: Meno a adresu:

alebo na: Bankový účet: Kód banky: Vedený v:

Prehlásenie zákonného zástupcu u maloletého poisteného:

Čestne prehlasujem, že som oprávnený zastupovať a spravovať veci môjho dieťaťa a som si vedomý dôsledkov, keby toto prehlásenie nebolo pravdivé.

Meno zákonného zástupcu: Rodné číslo:

V ..... dňa .....

.....  
podpis poisteného / zákonného zástupcu maloletého poisteného

Odborný ošetrojúci lekár potvrdzuje, že úrazom, postihnutá osoba

Meno, priezvisko, titul:

Rodné číslo:

bola ošetrovaná a liečená lekármi, v zdravotníckych zariadeniach, spôsobom a v termínoch uvedených nižšie.

Kedy došlo podľa zdravotnej dokumentácie k prvému lekárskemu ošetrovaniu?

Dňa ..... O .....hod.

Diagnóza úrazu a podrobný opis telesného poškodenia spôsobeného úrazom s určením jeho rozsahu:

V akom časovom rozmedzí prebiehalo priame nevyhnutné lekárske liečenie telesného poškodenia po úraze? (časové rozmedzie uveďte prosím v tvare deň, mesiac, rok začiatku a konca liečby):

od  D  M  R do  D  M  R

Podrobne popíšte časovú následnosť jednotlivých krokov liečenia telesného poškodenia, spôsob a druh liečenia, meno lekára a zdravotníckeho zariadenia, kde liečenie prebiehalo.

V prípade nedôkladného vyplnenia, priložte prosím kópie lekárskeho správ ohľadom liečenia predmetného úrazu:

Dátum ošetrenia	Objektívny nález	Spôsob ošetrenia	Meno lekára a adresa zdravotníckeho zariadenia

Prebiehala počas liečenia nevyhnutná liečebná rehabilitácia? individuálna  v zdravotníckom zariadení 

V prípade rehabilitácie v zdravotníckom zariadení prosím uveďte: Meno rehabilitačného lekára a zdravotníckeho zariadenia:

V ktorých dňoch absolvoval klient rehabilitačné procedúry (uveďte v tvare deň, mesiac, rok) a k jednotlivým dňom uveďte druhy absolvovaných procedúr:

Uveďte objektívne nálezy pri vyšetreniach pred, počas a po ukončení rehabilitácie klienta:

Bola liečba úrazu optimálna alebo sprevádzaná komplikáciami? Ak áno, akými?

Je lekárska liečba následkov úrazu ukončená?

Boli doba a spôsob liečenia následkov úrazu ovplyvnené predchádzajúcim poškodením orgánu? Ak áno, v ako rozsahu?

Zodpovedá ošetrované telesné poškodenie vrátane jeho rozsahu úrazovému deju, ako je uvedený na prednej strane tohto oznámenia? áno  nie Bolo príčinou úrazu sebapoškodenie? áno  nie Nastal úraz následkom požitia alkoholu, alebo vplyvom toxických látok? áno  nie 

V krvi bolo zistené .....% alkoholu.

O aký druh návykovej látky pravdepodobne išlo?

Aké boli zistené príznaky opitosti, resp. toxických látok?

Prebiehalo počas ošetrovania telesného poškodenia po úraze, ktorý je uvedený na 1. strane tohto tlačiva, liečenie iného úrazu? Ak áno, opište telesné poškodenie, diagnózu, dátum nastania a dobu nevyhnutného liečenia.

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 .....

Meno lekára:

Adresa:

Číslo účtu:

Pečiatka a podpis ošetrojúceho lekára