

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

## OZNÁMENIE O ÚRAZE

### (čas nevyhnutného liečenia a trvalé následky úrazu)

Nárok na plnenie za čas nevyhnutného liečenia úrazu vzniká, ak čas nevyhnutného liečenia je dlhší ako 2 týždne (min. 15 dní). V poistení denného odškodného za práceneschopnosť následkom úrazu je nárok na plnenie pri práceneschopnosti, ktorá trvá minimálne 7 dní. Po vyplnení prednej strany oznámenia predložte tlačivo svojmu ošetrovateľskému lekárovi na doplnenie. Ku každému úrazu predložte do poisťovne iba jedno oznámenie o úraze. V prípade, že úraz prešetrovala polícia priložením (zaslaním) kópie správy z jej vyšetrovania, ak ju už máte k dispozícii, môžete vybavovanie poistnej udalosti urýchliť. Vyplnené a lekárom potvrdené oznámenie zašlite na adresu: Komunálna poisťovňa, a.s. Vienna Insurance Group, oddelenie likvidácie PU PO, Štefánikova 17, 811 05 Bratislava.

<b>Údaje o poistenom</b> - vyplňuje poistený, resp. zákonný zástupca za maloletého poisteného	
Číslo poistnej zmluvy (z poistky) .....	.....
Priezvisko a meno poisteného .....	rodné číslo .....
Adresa .....	.....
..... PSČ .....	☎ do práce .....
.....	☎ domov .....
<b>Údaje o úraze</b> - vyplňuje poistený, resp. zákonný zástupca za maloletého poisteného	
Dátum úrazu .....	hodina úrazu .....
miesto úrazu .....	.....
Popis úrazového deja (aká činnosť bola v čase úrazu vykonávaná, príčina úrazu) .....	
.....	
Popis poranenia .....	
Došlo k úrazu pri športe alebo inej telovýchovnej činnosti?    nie    áno	
Vykonávate šport súťažne alebo pod registráciou v športovom klube či organizácii?    nie    áno    Od kedy? .....	
..... Názov a adresa organizácie, resp. športového klubu .....	
.....	
Došlo k úrazu pri dopravnej nehode?    nie    áno    Boli ste vodičom v čase nehody?    nie    áno    ŠPZ .....	
Bola táto časť tela už predtým funkčne postihnutá (úrazom, chorobou)?    nie    áno    Aké poranenie? .....	
..... Kedy? Ako? .....	
..... Ste    pravák    ľavák	
Prvé ošetrenie bolo poskytnuté dňa .....	
o hod. .... v zdrav. zariadení – adresa .....	
Adresa lekára, zdravotníckeho zariadenia, kde ste sa liečili .....	
..... ☎	
Adresa lekára, zdravotníckeho zariadenia, kde je uložená kompletná zdravotná dokumentácia .....	
..... ☎	
Mená a adresy svedkov úrazu .....	
Vyšetrovala úraz polícia?    nie    áno    Adresa polície .....	
<b>Pri úraze vodiča v motorovom vozidle</b> – druh, tovar, značka vozidla .....	
..... ŠPZ .....	
číslo motora .....	počet sedadiel .....
počet prepravovaných osôb v čase úrazu .....	
Meno, adresa vlastníka motorového vozidla .....	
Meno, adresa vodiča motor. vozidla v čase úrazu .....	
<b>Pokyny k výplati poistného plnenia</b> - vyplňuje poistený, resp. zákonný zástupca za maloletého poisteného	
Poistné plnenie žiadam poukázať:	
na účet číslo .....	kód banky .....
na meno a adresu .....	
<b>Prehlásenie zákonného zástupcu maloletého poisteného</b> - vyplňuje zákonný zástupca maloletého poisteného	
Meno a priezvisko zákonného zástupcu .....	rodné číslo .....
Vzťah k maloletému .....	☎ do práce .....
☎ domov .....	
Čestne prehlasujem, že som oprávnený zastupovať a spravovať veci maloletého .....	
a som si vedomý dôsledkov, ak by som uviedol(a) v prehlásení nepravdivé údaje. V zmysle zákona o ochrane osobných údajov súhlasím, aby poisťovňa moje vyššie uvedené osobné údaje spracovávala v rámci svojej činnosti v poisťovníctve po dobu nevyhnutnú pre zabezpečenie výkonu práv a plnenie povinností vyplývajúcich z poistnej zmluvy a poskytovala tieto údaje do iných štátov, pokiaľ to bude potrebné pre zabezpečenie výkonu práv a plnenie povinností z poistnej zmluvy, pri poradenskej činnosti v oblasti poisťovníctva, ako aj ostatným subjektom podnikajúcim v poisťovníctve a združeniam týchto subjektov.	
..... podpis zákonného zástupcu .....	
<b>Potvrdenie zamestnávateľa alebo organizácie, ktorá dojednala poistenie v prospech poisteného</b>	
V zmysle poistnej zmluvy došlo k úrazu pri poistenej činnosti    pracovnej    mimopracovnej .....	
Výška poistnej sumy - za čas nevyhnutného liečenia úrazu .....	
trvalé následky úrazu ....., za PN .....	
V ..... dňa .....	
..... pečiatka a podpis zamestnávateľa(organizácie)	

Prehlasujem, že som odpovedal pravdivo a úplne a uvedené údaje zodpovedajú skutočnosti. Súhlasím, aby Komunálna poisťovňa, a. s. Vienna Insurance Group podľa potreby zisťovala môj (maloletého poisteného) zdravotný stav. Týmto oprávňujem každého lekára i Sociálnu poisťovňu, aby poskytli poisťovní informácie, zdravotnú dokumentáciu, týkajúcu sa liečenia choroby, úrazu, resp. zdravotného stavu. V zmysle zákona o ochrane osobných údajov súhlasím, aby poisťovňa moje osobné údaje získané v súvislosti s poistnou zmluvou, vrátane údajov o zdravotnom stave, spracovávala v rámci svojej činnosti v poisťovníctve po dobu nevyhnutnú pre zabezpečenie výkonu práv a plnenie povinností vyplývajúcich z poistnej zmluvy a poskytovala tieto údaje do iných štátov, pokiaľ to bude potrebné pre zabezpečenie výkonu práv a plnenie povinností z poistnej zmluvy, pri poradenskej činnosti v oblasti poisťovníctva, ako aj ostatným subjektom podnikajúcim v poisťovníctve a združeniam týchto subjektov.

V..... dňa .....

.....  
podpis poisteného (resp. zákonného zástupcu maloletého poisteného)

**Správa ošetrojúceho lekára o úraze poistenej osoby uvedenej na prednej strane oznámenia o úraze**

Ošetrojúci lekár MUDr. .... Názov a adresa zdrav. zariadenia .....  
..... PSČ .....

☎ ..... e-mail .....

Ošetrojúci lekár potvrdzuje, že poisteného ..... rod. č. ....  
ošetroval úrazom postihnutého poisteného uvedeného na prednej strane oznámenia a zistil telesné poškodenie spôsobené úrazom  
vypracoval správu o úraze na základe zdravot. dokumentácie z liečenia úrazu poisteného uvedeného na prednej strane oznámenia vystavenej zdravotníckym  
zariadením .....

Prvé lekárske ošetrenie úrazu (podľa zdrav. dokumentácie) bolo dňa ..... o hod. .... v zdrav. zariadení .....  
..... ☎ .....

Podrobný popis telesného poškodenia spôsobeného úrazom s určením jeho rozsahu a príčiny .....

Diagnóza vlastného zranenia (slovensky- latinsky) .....

Zodpovedá rozsah telesného poškodenia úrazovému deju uvedenému na prednej strane tlačiva? áno nie Prečo?

Môžete vylúčiť úmyselné sebapoškodenie poisteného? áno nie Prečo?

Spôsob a druh ošetrovania (podrobný popis liečby, pri rehabilitácii uveďte frekvenciu, dobu i jej výsledky) .....

Nález s opisom – RTG, MR, CT, Sono.... (uveďte vždy, ak bolo dané vyšetrenie vykonané) .....

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

Bola vykonaná operácia? nie áno Aká? .....

Bol poistený hospitalizovaný? Od ..... do ..... Kde? .....

Príčina? .....

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

Práceschopnosť v dôsledku liečenia úrazu trvala od ..... do ..... číslo PN ..... Meno lekára, adresa zdravot.  
zariadenia, ktoré PN vystavilo .....

Došlo k predĺženiu priemernej doby liečenia úrazu? nie áno Príčina a druh komplikácií (infekcia, zápal žíl a pod.)  
.....

Predpokladáte, že úraz zanechá trvalé následky? nie áno Pravdepodobne akého druhu a rozsahu?  
.....

Bola poranená časť tela už pred úrazom funkčne postihnutá nie áno Ako a v akom rozsahu?  
.....

Došlo k úrazu pod vplyvom alkoholu? nie áno Aké príznaky opilosti boli zistené?  
.....

..... v krvi zistené ‰ alkoholu .....

Došlo k úrazu pod vplyvom omamných, či toxických látok, drog? nie áno Akých? .....

.....

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

V ..... dňa .....  
pečiatka zdravotníckeho zariadenia a podpis  
ošetrojúceho lekára