



7212

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

OZNÁMENIE O ÚRAZE
(čas nevyhnutného liečenia a trvalé následky úrazu)

Po vyplnení prednej strany oznámenia predložte tlačivo svojmu ošetrojúcemu lekárovi na doplnenie. V oznámení uveďte čísla všetkých zmlúv pre prípad úrazu uzavretých s KOMUNÁLNOU poisťovňou, a. s. Vienna Insurance Group. Ku každému úrazu predložte do poisťovne iba jedno oznámenie o úraze. Vyplnené a lekárom potvrdené oznámenie zašlite na adresu: KOMUNÁLNA poisťovňa, a.s. Vienna Insurance Group, oddelenie likvidácie PU PO, Štefánikova 17, 811 05 Bratislava. V prípade, že úraz prešetrovala polícia priložením (zaslaním) kópie správy z jej vyšetrovania, ak ju už máte k dispozícii, môžete vybavovanie poistnej udalosti urýchliť. Ak máte k dispozícii lekárske správy z ošetrovania úrazu, predložte prosím aj kópie týchto lekárskeho správ pre urýchlenie vybavovania poistnej udalosti.

Údaje o poistenom - vyplňuje poistený, resp. zákonný zástupca za maloletého poisteného	
Číslo poistnej zmluvy (z poistky)
Priezvisko a meno poisteného	rodné číslo
Adresa	PSČ.....
Zamestnanie.....	Pracovné zaradenie.....
Telefón domov.....	Telefón do zamestnania.....
Údaje o úraze - vyplňuje poistený, resp. zákonný zástupca za maloletého poisteného	
Dátum úrazu	čas 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? <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> áno	
Vykonávate šport súťažne alebo pod registráciou v športovom klube či organizácii? <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> áno Od kedy?	
Názov a adresa organizácie, resp. športového klubu	
Došlo k úrazu pri dopravnej nehode? <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> áno	Boli ste vodičom v čase nehody? <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> áno ŠPZ
Bola táto časť tela už predtým funkčne postihnutá (úrazom, chorobou)? <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> áno Aké poranenie?	
Kedy? Ako?	
Ste pravák <input type="checkbox"/> ľavák <input type="checkbox"/>	
Prvé ošetrovanie 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? <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> áno Adresa polície	
Pri úraze vodiča v motorovom vozidle – 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	
Pokyny k výpláte poistného plnenia - vyplňuje poistený, resp. zákonný zástupca za maloletého poisteného	
Poistné plnenie žiadam poukázať:	
<input type="checkbox"/> na bankový účet číslo IBAN..... SWIFT/BIC kód.....	
názov účtu príjemcu.....	
Prehlásenie zákonného zástupcu maloletého poisteného - 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	
Potvrdenie zamestnávateľa alebo organizácie, ktorá dojednala poistenie v prospech poisteného	
V zmysle poistnej zmluvy došlo k úrazu pri poistenej činnosti <input type="checkbox"/> pracovnej <input type="checkbox"/> mimopracovnej	
Poistná suma - za čas nevyhnutného liečenia úrazu....., trvalé následky úrazu.....	
za PN	
V	dňa
pečiatka a podpis zamestnávateľa(organizácie)	

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 a oprávňujem lekárov, aby poskytlí KOMUNÁLNEJ poisťovni, a. s. Vienna Insurance Group informácie, zdravotnú dokumentáciu, týkajúcu sa môjho (maloletého poisteného) zdravotného stavu, ktoré sú potrebné na plnenie z poistnej zmluvy. Beriem na vedomie, že KOMUNÁLNA poisťovňa, a.s. Vienna Insurance Group spracúva moje osobné údaje v súlade s Nariadením Európskeho parlamentu a Rady (EÚ) 2016/679 z 27. apríla 2016 o ochrane fyzických osôb pri spracúvaní osobných údajov a o voľnom pohybe takýchto údajov, ktorým sa zrušuje smernica 95/46/ES (všeobecné nariadenie o ochrane údajov) a príslušnými slovenskými právnymi predpismi. Zároveň poisťovateľ informuje dotknutú osobu, že informácie o spracúvaní osobných údajov je možné nájsť na webovej stránke www.kpas.sk.

V..... dňa

.....

podpis poisteného (resp. zákonného zástupcu maloletého poisteného)

Gebühr für die Erstellung der Unfallanzeige durch den behandelnden Arzt hat die versicherte Person, bzw. der gesetzliche Vertreter des minderjährigen Versicherten zu entrichten. Der Versicherer wird dem Versicherten die Kosten für die Erstellung der Unfallanzeige seitens des behandelnden Arztes durch die Erhöhung des Betrags der Versicherungsleistung um 4,98 EUR zurückerstatten.

Durch den behandelnden Arzt erstellte Unfallanzeige der versicherten Person, die auf der Vorderseite der Unfallanzeige genannt ist	
Der behandelnde Arzt	Bezeichnung und Adresse der Krankenanstalt.....
	PLZ
☎	E-mail
Der behandelnde Arzt bestätigt hiermit, dass er den Versicherten.....	Geburtsnummer
<input type="checkbox"/> behandelt hat aufgrund des Unfalls, der dem auf der Vorderseite dieser Unfallanzeige genannten Versicherten verursacht worden ist, und hat dadurch eine Körperverletzung infolge des betroffenen Unfalls ermittelt.	
<input type="checkbox"/> die Unfallanzeige erstellt hat gemäß der Gesundheitsdokumentation aus der Behandlung des Unfalls des Versicherten, der auf der Vorderseite der Unfallanzeige genannt ist, die durch folgende Krankenanstalt erstattet worden ist.....	
Die Erstbehandlung des Unfalls (gemäß der Gesundheitsdokumentation) ist am um..... Uhr in der Krankenanstalt	
..... durchgeführt worden ☎.....	
Ausführliche Beschreibung der durch den Unfall verursachten Körperverletzung mit Angabe deren Ausmaß und Ursache.....	
.....	
.....	
Diagnose der eigentlichen Verletzung (slowakisch - lateinisch)	
.....	
Entspricht das Ausmaß der Körperverletzung dem auf der Vorderseite der Unfallanzeige angeführten Unfallhergang? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Warum?	
.....	
Kann die absichtliche Selbstbeschädigung des Versicherten ausgeschlossen werden? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Warum?	
Art und Weise der Behandlung (ausführliche Beschreibung der Heilung, bei der Rehabilitation Frequenz, Dauer und deren Ergebnisse anführen)	
.....	
.....	
Befund mit Beschreibung – RTG, MR, CT, Sono.... (immer anführen, falls die betroffene Untersuchung erfolgt ist)	
.....	
.....	
Ist arthroskopische Untersuchung erfolgt? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja mit welchem Resultat?	
.....	
Ist eine Operation erfolgt? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Welche?	
Ist der Versicherte in ein Krankenhaus eingewiesen worden? von bis Wo?.....	
..... Ursache?	
Tatsächliche Zeit der notwendigen Behandlung des Unfalls (einschließlich Komplikationen) von bis oder vorausgesetzte Zeit nach der ermittelten Diagnose ohne Rücksicht auf persönliche Gesundheitsabweichungen des Verletzten (z.B. körperliche Tüchtigkeit, Auswirkung von vergangenen Krankheiten u.Ä.)	
..... Wochen	
Arbeitsunfähigkeit infolge der Behandlung hat von bis gedauert Nummer der Arbeitsunfähigkeit	
Name des Arztes, der Krankenanstalt, die die Arbeitsunfähigkeit erstattet hat	
Ist es zur Verlängerung der durchschnittlichen Zeit der Behandlung gekommen? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Ursache und Art der Komplikationen (Infektion, Aderentzündung u.Ä.)	
.....	
Ist es vor auszusetzen, dass der Unfall Dauerfolgen hinterlassen wird? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Wahrscheinlich von welcher Art und Ausmaß?	
.....	
Ist die Funktionsfähigkeit des verletzten Körperteils bereits vor dem Unfall beschädigt worden? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Wie und im welchen Ausmaß?	
.....	
Ist es zum Unfall infolge Alkohols gekommen? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Welche Symptome der Trunkenheit sind ermittelt worden?.....	
..... im Blut sind % Alkohol ermittelt worden	
Ist es zum Unfall infolge von Betäubungsmitteln oder toxischen Mitteln, Drogen gekommen? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Welcher?.....	
.....	

Ich erkläre hiermit, dass die angegebenen Daten wahrheitsgetreu, vollständig und der Wirklichkeit entsprechend sind.

In am

Stempel der Krankenanstalt und Unterschrift
des behandelnden Arztes