



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

Po vyplnení prednej strany oznámenia predložte tlačivo svojmu ošetrujúcemu lekárovi na doplnenie. V oznámení uvedťte čísla všetkých zmlúv pre prípad úrazu uzavretých s KOMUNÁLNOU poistovňou, a. s. Vienna Insurance Group. Ku každému úrazu predložte do poistovne iba jedno oznámenie o úrave. Vyplnené a lekárom potvrdené oznámenie zašlite na adresu: KOMUNÁLNA poistovňa, 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 lekárskych 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 úrave - vyplňuje poistený, resp. zákonný zástupca za maloletého poisteného**

Dátum úrazu ..... čas úrazu ..... miesto úrazu .....

Popis úrazového dejá (aká činnosť bola v čase úrazu vykonávaná, príčina úrazu) .....

Popis poranenia .....

Došlo k úrazu pri športe alebo inej telovýchovnej činnosti?  nie  áno

Vykonávate šport súčažne 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 ošetroenie 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 .....

**Pri úrave vodiča v motorovom vozidle** – druh, továr. 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 výplate poistného plenia - vyplňuje poistený, resp. zákonný zástupca za maloletého poisteného**

Poistné plnenie žiadam poukázať:

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 poistovňa moje vyššie uvedené osobné údaje spracovala v rámci svojej činnosti v poisťovníctve po dobu nevyhnutnú pre zabezpečenie výkonu práv a plnenie povinností vyplývajúcich z poistnej zmluvy a poskytvala 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  pracovnej  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 poistovateľa plniť. Súhlasím, aby si KOMUNÁLNA poistovňa, a. s. Vienna Insurance Group vyžiadala všetku potrebnú dokumentáciu, vzťahujúcu sa k poistnej udalosti. Súčasne pozbavujem lekárov mlčalnosťi o všetkých skutočnostiach, týkajúcich sa môjho (maloletého poisteného) zdravotného stavu a oprávňujem lekárov, aby poskytli KOMUNÁLNEJ poistovni, 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 poistovňa, 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 poistovateľ 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)

**Fee for preparation of the accident report by a doctor is paid by the insured person or an authorised representative of the insured person who is under the age of 15. The insurance company shall settle the expenses incurred to the insuree related to the preparation of the doctor's accident report by increasing the insurance payment by EUR 4,98.**

**Report of the treating doctor about the accident of the insured person defined on the front page of the accident report**

Treating doctor MUDr. .... Name and address of the medical facility.....

..... post code .....

 ..... e-mail .....

The treating doctor confirms that the insured ..... birth No. ....

defined on the front page of the report, affected by injury was treated by him/her and a body injury caused by the accident has been identified

(the treating doctor) prepared the accident report based on the medical documentation related to the treatment of the insuree's accident defined on the front page of the report issued by the medical facility .....

First medical treatment of the injury (according to the medical documentation) took place on (date) ..... at (time) ..... in the medical facility



Detailed description of body injury caused by the accident with a definition of its extent and causes .....

.....

.....

.....

Diagnosis of own facility (Slovak - Latin) .....

.....

.....

Does the extent of the body injury correspond to the description of the accident on the front page of the form?  yes  no Why? .....

.....

.....

.....

Finding with description – RTG, MR, CT, Sono.... (complete always if the respective examination was performed).....

.....

.....

Was an arthroscopic examination performed?  no  yes What was the conclusion? .....

.....

.....

Was the insuree hospitalised? From ..... to ..... Where? .....

..... Cause? .....

.....

Actual period for inevitable treatment of injury (incl. complications) from ..... to ..... or assumed according to the identified

diagnosis without taking into account personal health variations of the injured person (e.g. physical ability, impact of previous illnesses etc.) ..... weeks

The inability to work (IW) due to injury treatment lasted from ..... to ..... No. of the IW certificate ..... Name

of the doctor, address of the medical facility issuing the certificate of inability to work .....

Was the average period of injury treatment prolonged?  no  yes Cause and type of complications (infection, phlebitis etc.) .....

.....

.....

Do you assume that the accident will have permanent impacts?  no  yes Probably what kind and extent? .....

.....

.....

Was the injured part of the body functionally affected before?  no  yes How and in what extent? .....

.....

Did the accident happen under the influence of alcohol?  no  yes What symptoms of drunkenness were identified? .....

..... % of alcohol found in blood.....

Did the accident happen under the influence of narcotics or toxic substances, drugs?  no  yes What kind of? .....

.....

I declare that the mentioned information is correct, complete and reflects the facts.

In ..... on .....

stamp of the medical facility and signature of the  
treating doctor