

Vyplní poisťovňa:

Prijaté dňa:

Číslo poisťnej udalosti:

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



7211

SPRÁVA O TRVALÝCH NÁSLEDKOCH ÚRAZU

ÚDAJE O POISTENOM (vyplňuje poistený, resp. zákonný zástupca za maloletého poisteného)

Číslo poisťnej zmluvy:

Meno a priezvisko poisteného: Rodné číslo: /

Adresa: PSČ:

Zamestnanie

Adresa zamestnávateľa

Telefón domov: Telefón do zamestnania:

Dátum vzniku úrazu:

Úraz vo voľnom čase Úraz pri výkone povolania

Ktorá časť tela bola poranená?

Ste pravák ľavák

Bola táto časť tela funkčne alebo inak postihnutá už pred týmto úrazom?

POKYNY K VÝPLATE POISTNÉHO PLNENIA (vyplňuje poistený, resp. zákonný zástupca za maloletého poisteného)

Pokyny k výplatu poisťného plnenia (označte jednu z možností)

Poukážete na číslo účtu v tvare IBAN: SWIFT/BIC:

Názov účtu príjemcu:

Poukážete na OPÚ MAX číslo:

Podpis poisteného:

Prehlásenie zákonného zástupcu maloletého poisteného (vyplňuje zákonný zástupca)

Meno a priezvisko zákonného zástupcu: Rodné číslo: /

Vzťah k maloletému: Tel. do zamestnania: Tel. domov:

Čestne prehlasujem, že som oprávnený zastupovať a spravovať veci maloletého

a som si vedomý dôsledkov, ak som uviedol(a) v prehlásení nepravdivé údaje.

Podpis zákonného zástupcu:

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 spoločnosť KOMUNÁLNA poisťovňa, a.s. Vienna Insurance Group vyžiadala všetku potrebnú dokumentáciu, vzťahujúcu sa k poisťnej udalosti. Súčasne pozbavujem lekárov mlčanlivosti o všetkých skutočnostiach, týkajúcich sa môjho (maloletého poisteného) zdravotného stavu a oprávňujem lekárov, aby poskytli spoločnosti KOMUNÁLNA poisťovňa, a.s. Vienna Insurance Group informácie, zdravotnú dokumentáciu, týkajúcu sa môjho (maloletého poisteného) zdravotného stavu, ktoré sú potrebné na plnenie z poisťnej zmluvy. Beriem na vedomie, že KOMUNÁLNA poisťovňa, a.s. Vienna Insurance Group spracúva moje osobné údaje poskytnuté v súvislosti s mojou poisťnou zmluvou 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.

Pokyny:

Druhú stranu „Správa ošetrojúceho lekára“ vyplní ošetrojúci lekár.

Vyplnený formulár zašlite na adresu poisťovne.

SPRÁVA OŠETRUJÚCEHO LEKÁRA

Ošetrojúci lekár potvrdzuje, že ošetroval osobu, ktorá je uvedená na prednej strane tohto formuláru a zistil nižšie uvedené telesné poškodenia a zdravotné ujmy tohto druhu a rozsahu:

1. Aké trvalé následky úraz zanechal?

(Popis objektívnych príznakov, najmä stratu, prípadne stratu funkčnosti tých častí organizmu, ktoré boli úrazom postihnuté)

V prípade zranenia končatiny presný popis obmedzenia funkcie, hybnosti, svalovej sily atď. v porovnaní so zdravou končatinou; v prípade zranenia oka – visus – stupeň poškodenia oproti fyziologickému nálezu a stavu pred zranením; v prípade zranenia ucha – sluch – stupeň poškodenia oproti fyziologickému nálezu a stavu pred zranením; pri jazvách uviesť presne ich veľkosť – dĺžka, plocha, tvar – vypuklosť, lokalizáciu.

2. Diagnóza

3. Nastali zistené odchýlky v zdravotnom stave výlučne následkom úrazu?

4. Majú vplyv na celkový rozsah trvalých následkov úrazu stavy, ktoré s úrazom nesúvisia? Ak áno, aké?

5. Je liečenie skončené, súčasný stav ustálený?

Ak nie, uveďte prognózu:

6. Bola poranená končatina alebo orgán funkčne alebo inak postihnutá už pred týmto úrazom?

7. Ostatné oznámenia ošetrojúceho lekára

8. Meno a adresa ošetrojúceho lekára

Čestne prehlasujem, že som zodpovedal(a) pravdivo a úplne na všetky otázky a som si vedomý(á) dôsledku nepravdivých odpovedí.

V dňa

.....
pečiatka a podpis ošetrojúceho lekára

INÉ ZÁZNAMY (vyplní poisťovňa)