

Vyplní poisťovňa:

Prijaté dňa:

Číslo poistnej udalosti:

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



OZNÁMENIE POISTNEJ UDALOSTI Z ÚRAZOVÉHO POISTENIA

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

Číslo poistnej zmluvy:

Meno a priezvisko poisteného: Rodné číslo: /

Adresa: PSČ:

Zamestnanie: Pracovné zaradenie:

Telefón domov: Telefón do zamestnania:

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

Kedy v súvislosti s ochorením ste prvý raz navštívili lekára?

Aká bola stanovená diagnóza?

Liečili ste sa na uvedené ochorenie v minulosti? Ak áno, uveďte kedy a kde:

Adresa lekára, resp. zdravotnickeho zariadenia, kde ste sa liečili:

Adresa lekára, zdravotnickeho zariadenia, kde je uložená kompletná zdravotná dokumentácia:

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

Dátum vzniku úrazu: Čas: Miesto:

Došlo k úrazu pri výkone povolania? áno nie

Presne popíšte okolnosti a súvislosti vzniku úrazu:

Ktorá časť tela bola poranená?

Ste: pravák ľavák

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

Bolo v súvislosti s poistnou udalosťou vedené policajné vyšetrovanie? Ak áno, kým a kde? Priložte správu z Policajného zboru.

Kde a kedy bolo poskytnuté 1. ošetrovanie (dátum, čas, meno lekára, zdravotnicke zariadenie)

Vyplňte iba pri úrazovom poistení nemenovaných osôb, ktoré sú prepravované motorovým vozidlom:

druh vozidla výrobná značka ŠPZ

počet sedadiel počet prepravovaných osôb meno a adresa vlastníka motorového vozidla

..... meno a adresa vodiča

V ktorom športe ste registrovaný a od akého dátumu?

<p>Vykonávate tento šport aktívne? Ak áno, v akej súťaži?</p> <p>Ak ide o úraz pri telovýchovnej alebo športovej činnosti, uveďte, či bola organizovaná, a ak áno, ktorou organizáciou:</p>
<p>Meno, adresa a telefón lekára, v evidencii ktorého je uložená kompletná zdravotná dokumentácia poisteného:</p>
<p>Kde bolo poskytnuté prvé ošetrenie (adresa zdravotníckeho zariadenia, meno lekára, telefón, dátum, čas):</p>
<p>Údaje o priznaní invalidného dôchodku zo Sociálnej poisťovne (vyplňuje poistený)</p> <p>Invalidný dôchodok priznaný zo Sociálnej poisťovne s účinnosťou od z dôvodu úrazu <input type="checkbox"/> choroby <input type="checkbox"/></p> <p>Adresa lekára, zdravotníckeho zariadenia, kde je uložená kompletná zdravotná dokumentácia</p> <p>..... pokles schopnosti vykonávať zárobkovú činnosť o %</p>
<p>Údaja o hospitalizácii (vyplňuje poistený)</p> <p><i>Vyplňte iba v prípade dojednania poistenia pre prípad hospitalizácie následkom úrazu (UH) alebo v prípade dojednania poistenia pre prípad hospitalizácie následkom úrazu alebo choroby (H)</i></p> <p>Hospitalizácia od do z dôvodu úrazu <input type="checkbox"/> choroby <input type="checkbox"/></p> <p>Názov a adresa nemocnice:</p> <p>Adresa lekára, zdravotníckeho zariadenia, kde je uložená kompletná zdravotná dokumentácia:</p> <p><i>K vyplnenému oznámeniu priložte fotokópiu prepúšťacej správy z nemocnice.</i></p>
<p>Údaja o pracovnej neschopnosti</p> <p><i>Vyplňte iba v prípade dojednania poistenia „Oslobodenie od platenia poistného, resp. náhrada poistného“ alebo v prípade dojednania poistenia „Mesačná výplata“</i></p> <p>Doba trvania pracovnej neschopnosti od do</p> <p>K vyplnenému oznámeniu priložte fotokópiu pracovnej neschopnosti, resp. v prípade, že nemohla byť pracovná neschopnosť vystavená v súlade s platnými zákonnými úpravami, potvrdenie ošetrojúceho lekára na nasledujúcej strane tohto tlačiva.</p>
<p>Pokyny k výplате poistného plnenia (vyplňuje poistený, resp. zákonný zástupca za maloletého poisteného)</p>
<p>Výplata poistného plnenia (označte jednu z možností)</p> <p><input type="checkbox"/> Poukážte na číslo účtu v tvare IBAN: SWIFT/BIC:</p> <p>Názov účtu príjemcu:</p> <p><input type="checkbox"/> Poukážte na OPÚ účet:</p>
<p>Prehlásenie zákonného zástupcu maloletého poisteného (vyplňuje zákonný zástupca)</p> <p>Meno a priezvisko zákonného zástupcu rodné číslo</p> <p>Vzťah k maloletému telefón do zamestnania telefón domov</p> <p>Čestne prehlasujem, že som oprávnený zastupovať a spravovať veci maloletého a som si vedomý dôsledkov, ak som uviedol (a) v prehlásení nepravdivé údaje.</p> <p style="text-align: right;">Podpis zákonného zástupcu</p>

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 poskytli 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 (jeho zákonného zástupcu, poisťníka)

*Pokyny: „Správa ošetrojúceho lekára“ vyplni ošetrojúci lekár.
Vyplnený formulár zašlite na adresu poisťovne.*

SPRÁVA OŠETRUJÚCEHO LEKÁRA

Ošetrojúci lekár potvrdzuje, že ošetroval poisteného rod. číslo, ktorý je uvedený na prednej strane formuláru a zistil telesné poškodenie spôsobené úrazom diagnózu pre uvedenú chorobu vypracoval správu na základe zdravotnej dokumentácie

Prvé lekárske ošetrovanie (podľa zdravotnej dokumentácie) bolo vykonané: dňa: čas:
meno lekára: adresa zdravotníckeho zariadenia:

Zodpovedá rozsah telesného poškodenia úrazovému deju uvedenému na prednej strane tohto formuláru? áno nie

Diagnóza (slovensky - latinsky)

Podrobný popis telesného poškodenia spôsobeného úrazom s určením rozsahu a príčiny (pri zuboch číselne označiť poranený zub, pri poranení tváre uviesť, či bude potrebná estetická úprava)

RTG-nález s popisom (uved'te vždy pri úplných, neúplných zlomeninách a vytknutiach)

Bolo vykonané arthroscopické vyšetrenie? áno nie S akým záverom?

Bola vykonaná operácia? áno nie Aká?

Spôsob a druh ošetrovania/ liečenia (podrobný popis)

Pri rehabilitácii uved'te dôvod, formu, ako často a ako dlho bola vykonávaná

Bol poranený úd alebo orgán funkčne alebo inak postihnutý už pred úrazom?

Ak bola nutná rehabilitácia, uved'te dôvod, formu, dĺžku (koľkokrát týždenne)

Došlo k predĺženiu priemernej doby liečenia úrazu? áno nie Príčina a druh komplikácií:

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

Uved'te dátum, kedy sa ustálil zdravotný stav bez ďalšieho funkčného zlepšenia

Údaje o pracovnej neschopnosti Pracovná neschopnosť trvala od: do:

Dôvod, pre ktorý nebol vystavený doklad o pracovnej neschopnosti

Bol poistený hospitalizovaný? Od: do: (adresa, oddelenie, meno ošetrojúceho lekára)

Došlo k úrazu pod vplyvom:

alkoholu áno nie intoxikácie áno nie omamných látok áno nie
užitia narkotík áno nie iných látok áno nie duševnej choroby áno nie

V krvi bolo zistené promile alkoholu promile inej látky (uved'te akej)

Bolo príčinou úrazu úmyselné sebapoškodenie? áno nie

Predpokladáte, že úraz zanechá trvalé následky? áno nie

V akom pravdepodobnom rozsahu?

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

V dňa

pečiatka zdravotníckeho zariadenia a podpis ošetrojúceho lekára