

OZNÁMENIE O ÚRAZE

Poistník - priezvisko, meno, názov firmy, IČO:		Číslo nahlásenej poistnej udalosti z havarijného poistenia:	
Čísla poistných zmlúv, ktorými ste poistený pre prípad úrazu v Unione:			
Poistený – priezvisko, meno:		Zákonný zástupca – meno, priezvisko a adresa:*	
Adresa poisteného:		Rodné číslo poisteného:	Tel. č.:
Zamestnanie (druh pracovnej činnosti a adresa zamestnávateľa) - v čase vzniku poistnej udalosti:			
Zamestnanie (druh pracovnej činnosti a adresa zamestnávateľa) – v súčasnosti:			

*Údaje je povinné vyplniť v prípade, ak poistený nie je plnoletý.

Uveďte meno a adresu Vášho lekára a prípadne odborných lekárov, ktorí majú záznamy o Vašom zdravotnom stave:			
Dátum a hodina, kedy došlo k poistnej udalosti:		Miesto vzniku poistnej udalosti:	
Miesto, adresa prvého lekárskeho ošetrovania:			
Opište podrobne spôsob a okolnosti vzniku úrazu:			
Ktorá časť tela bola poranená?			
Bola poranená časť tela už pred úrazom funkčne poškodená? áno <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/>			
K úrazu došlo pri: <input type="checkbox"/> pracovnej činnosti <input type="checkbox"/> mimopracovnej činnosti <input type="checkbox"/> športovej činnosti, akej:			
Ak sa venujete športu, uveďte druh športu, ktorý vykonávate:		Ak ste v súčasnosti alebo ste boli v minulosti registrovaný v športovom klube, uveďte názov a presnú adresu:	
K úrazu došlo pri: <input type="checkbox"/> tréningu <input type="checkbox"/> súťaži <input type="checkbox"/> rekreačnom športovaní		Odkedy: Dokedy:	
Ak ide o úraz v motorovom vozidle, uveďte druh a typ vozidla:		ŠPZ:	Počet sedadiel uvedený v tech. preukaze:
Meno a adresa majiteľa vozidla:		Meno a adresa vodiča:	
Uveďte počet prepravovaných osôb v čase úrazu:	Boli zranené aj iné spolucestujúce osoby? áno <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> Ak áno, uveďte mená a adresy:		
Uveďte mená a adresy prípadných svedkov:			
Vyšetroval udalosť orgán polície? áno <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> Ak áno, predložte fotokópiu správy.			
Bola urobená skúška na hladinu alkoholu v krvi? áno <input type="checkbox"/> Ak áno, uveďte výsledok: nie <input type="checkbox"/> Ak nie, uveďte prečo:			
Úrazové poistenie mám aj v inej poisťovni: áno <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/>		Ak áno, uveďte presný názov a adresu poisťovne:	
Poistné plnenie žiadam poukázať na účet č.: vedený v:			

Upozornenie pre klienta:

Nárok na dennú náhradu v prípade pracovnej neschopnosti nevzniká, ak pracovná neschopnosť nepresiahne dobu dohodnutú v poistnej zmluve. **K Oznámeniu o úraze priložte, prosím, fotokópiu Potvrdenia o práceneschopnosti a prepúšťacej správy z nemocnice.**

Vyhlasujem, že som na všetky otázky odpovedal pravdivo a úplne a som si vedomý možných dôsledkov v prípade zamätania závažných okolností alebo uvedenia nesprávnych informácií. Vyhlasujem, že som sa oboznámil s ustanoveniami poistnej zmluvy o ochrane osobných údajov.

Súhlasím, aby si Union poisťovňa, a.s. vyžiadala všetku potrebnú zdravotnú dokumentáciu o mojom liečení a celkovom zdravotnom stave. Súčasne pozbavujem lekárov mlčanlivosti o všetkých skutočnostiach týkajúcich sa môjho zdravotného stavu. Taktiež súhlasím, aby si Union poisťovňa, a.s. v prípade potreby vyžiadala: **a)** informácie o mojom zdravotnom stave v Sociálnej poisťovni; **b)** výpis z karty poistenca zdravotnej poisťovne v príslušnej zdravotnej poisťovni; **c)** informácie o okolnostiach úrazu od orgánu polície, ktorý udalosť vyšetroval.

Poistený týmto dáva lekárovi výslovný písomný súhlas s poskytnutím údajov o jeho zdravotnom stave Union poisťovni, a. s.

Poistený týmto dáva poisťovateľovi výslovný písomný súhlas: **a)** so spracovaním osobných údajov, ako aj osobitnej kategórie osobných údajov v informačnom systéme poisťovateľa v súvislosti s dojednaným poistením a so sprístupnením týchto údajov tretím osobám v súvislosti so správou poistenia, likvidáciou poistných udalostí a zaistením. Súhlas sa udeľuje na dobu do vysporiadania všetkých záväzkov vyplývajúcich z poistnej zmluvy; **b)** s tým, aby tretie osoby, ktorým poisťovateľ poskytol osobné údaje, spracovali osobné údaje v rozsahu a na účel vyplývajúci z ich právneho postavenia, maximálne po dobu desiatich rokov od ukončenia zmluvného vzťahu medzi poisťovateľom a poistníkom/poisteným, pričom ustanovenia osobitných právnych predpisov tým nie sú dotknuté; **c)** s tým, aby poisťovateľ vykonával cezhraničný prenos osobných údajov do ktorejkoľvek z krajín EÚ, krajín pridružených k EÚ, krajín patriacich do Európskeho hospodárskeho priestoru; **d)** na získavanie osobných údajov kopírovaním, skenovaním alebo iným zaznamenávaním úradných dokladov na nosič informácií. Poistený je oprávnený tento súhlas odvolať. Odvolanie nemá spätné účinky.

V dňa

.....
podpis poisteného (poistníka, oprávnenej osoby)

UPOZORNENIE:

Poplatok za vyhotovenie správy o úraze lekárom hradí poistená osoba, resp. zákonný zástupca poisteného dieťaťa. Poistovňa uhradí poistenému náklady za vyhotovenie správy lekára o úraze zvýšením sumy poistného plnenia o 5 EUR (150,63 SKK).

SPRÁVA OŠETRUJÚCEHO LEKÁRA

Zodpovedá rozsah telesného poškodenia úrazového deju, ktorý je uvádzaný v Oznámení o úraze? áno nie

Kedy došlo (podľa zdravotnej dokumentácie) k prvému lekárskemu ošetreniu? Dňa o (hod.)

Diagnóza vlastného zranenia (podľa MKCH-10), uveďte prípadnú zmenu diagnózy v priebehu liečenia:

Uveďte podrobný opis telesného poškodenia spôsobeného úrazom s určením jeho rozsahu:

Spôsob a druh ošetrenia (podrobne opíšte):

Uveďte nález s opisom - RTG, MR, CT, Sono (uveďte vždy, ak bolo dané vyšetrenie vykonané):

Bolo vykonané artroskopické vyšetrenie? áno nie
Záver:

Bola vykonaná operácia? áno nie
Aká?

Podľa zistenej diagnózy telesného poškodenia (bez prihliadnutia k osobným zdravotným odchýlkam pacienta na vplyv predošlého ochorenia) uveďte:
Predpokladaný čas nevyhnutného liečenia je týždňov
Nevyhnutná doba liečby trvala od do
Skutočný čas nevyhnutného liečenia úrazu do do

Bol poranený úd alebo orgán už pred úrazom funkčne postihnutý? áno nie
Ak áno, v akom rozsahu?

Bol priebeh liečby úrazu komplikovaný? áno nie
Ak nastali komplikácie, uveďte druh a príčinu ich vzniku:

Kde bol pacient hospitalizovaný?
Uveďte adresu nemocničného zariadenia:

Meno ošetrujúceho lekára:

Hospitalizácia v súvislosti s úrazom trvala od do

Aké trvalé následky a v akom rozsahu predpokladáte, že úraz zanechá?

Vznikol úraz následkom požitia alkoholu alebo toxických látok? áno nie
Ak áno, o aké toxické látky išlo?

Uveďte zistené množstvo alkoholu v krvi (mg/l, príp. ‰):

Potvrdenie o dočasnej pracovnej neschopnosti

Deň vystavenia dokladu o pracovnej neschopnosti: Číslo dokladu PN

Pracovná neschopnosť trvala od do

Doklad o pracovnej neschopnosti bol poslaný na správu sociálneho zabezpečenia – adresa:

V prípade nepredloženia fotokópie potvrdenia o dočasnej pracovnej neschopnosti, uveďte dôvod jej nepredloženia:

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

V dňa

.....
pečiatka a podpis zdravotníckeho zariadenia
pečiatka a podpis ošetrujúceho lekára