






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

Nárok na poistné plnenie za čas nevyhnutného liečenia úrazu vzniká, ak čas nevyhnutného liečenia je dlhší ako 2 týždne. Na tlačive poisťovne uvedte všetky čísla poistných zmlúv, ktorými je riziko úrazu poistené.

K tlačivu poisťovne prosím priložte kópie všetkých lekárskejších správ z ošetrenia úrazu, ktoré zároveň nahradia potvrdenie časti tlačiva „Správa ošetrujúceho lekára“ lekárom poisteného. V prípade, že úraz riešila polícia, predložte kópiu správy z vyšetrovania. Poisťovňa v súvislosti s poistnou udalosťou nie je povinná hradiť náklady spojené so zaobstarávaním zdravotnej dokumentácie od lekára, či zdravotníckeho zariadenia sídlaceho mimo Slovenskej republiky, ani náklady spojené s dopravou na lekársku prehliadku do Slovenskej republiky. Ak k poistnej udalosti dôjde mimo Slovenskej republiky, je poistený alebo oprávnená osoba na výplatu poistného plnenia povinná predložiť poisťovni úradne overený preklad alebo lekárske správy potrebné na stanovenie rozsahu poistného plnenia potvrdené odborným lekárom na území Slovenskej republiky.

Náklady spojené s predložením požadovaných podkladov znáša poistený, resp. oprávnená osoba na výplatu poistného plnenia. Požadované doklady zašlite na adresu: KOOOPERATIVA poisťovňa, a.s. Vienna Insurance Group, so sídlom Štefanovičova 4, 816 23 Bratislava, IČO 00 585 441 zapísaná v Obchodnom registri Okresného súdu Bratislava I, oddiel: Sa, vložka č. 79/B (ďalej len „Spoločnosť“ alebo „KOOOPERATIVA poisťovňa, a.s. Vienna Insurance Group“), alebo online na www.koop.sk cez online služby.

Údaje o poistenom - vyplňuje poistený, resp. zákonný zástupca za maloletého poisteného	
Číslo poistnej zmluvy (z poistky)
Priezvisko a meno poisteného.....	rodné číslo.....
Adresa.....	PSČ
	e- mail:
Údaje o úraze - vyplňuje poistený, resp. zákonný zástupca za maloletého poisteného	
Dátum úrazu	hodina 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	
Odkedy?	Koľká liga/ upresniť číslom/
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 <input type="checkbox"/> pravák <input type="checkbox"/> ľavák	
Prvé ošetrenie 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	
Vyšetřovala úraz polícia ? <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> áno Adresa polície	
.....	
Pri úraze vodiča v motorovom vozidle – druh, továr. značka vozidla.....	
..... ŠPZ	
číslo motora	počet sedadiel
počet prepravovaných osôb	
Meno, adresa vlastníka motorového vozidla.....	
Meno, adresa vodiča motor. vozidla v čase úrazu	
Pokyny k výplatu poistného plnenia - vyplňuje poistený, resp. zákonný zástupca za maloletého poisteného	
Poistné plnenie žiadam poukázať:	
<input type="checkbox"/> na číslo účtu v tvare IBAN.....	
názov účtu.....	
<input type="checkbox"/> na adresu	

Prehlásenie zákonného zástupcu maloletého poisteného - vyplňuje zákonný zástupca maloletého poisteného

Meno a priezvisko zákonného zástupcu..... rodné číslo

Vzťah k maloletému..... e-mail

Je zákonný zástupca poisteného politicky exponovanou osobou? **nie** **áno**¹Je zákonný zástupca poisteného poistený sankcionovanou osobou? **nie** **áno**²

Čestne prehlasujem, že som oprávnený zastupovať a spravovať veci maloletého

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

Beriem na vedomie, že KOOOPERATIVA poisťovňa, a.s. Vienna Insurance Group spracúva osobné údaje uvedené v tomto oznámení 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 poisťovňa informuje dotknutú osobu, že informácie o spracúvaní osobných údajov je možné nájsť na webovej stránke www.koop.sk......
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.....

Vdňa

.....
pečiatka a podpis zamestnávateľa (organizácie)

Prehlasujem, že som odpovedal pravdivo, úplne a uvedené údaje zodpovedajú skutočnosti.

Beriem na vedomie, že KOOOPERATIVA poisťovňa, a.s. Vienna Insurance Group spracúva osobné údaje uvedené v tomto oznámení ako aj iné osobné údaje poskytnuté v súvislosti s poistnou 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 poisťovňa informuje dotknutú osobu, že informácie o spracúvaní osobných údajov je možné nájsť na webovej stránke www.koop.sk.

Súhlasím, aby spoločnosť KOOOPERATIVA poisťovňa, a.s. Vienna Insurance Group spracúvala moje osobné údaje týkajúce sa môjho zdravotného stavu a to ich zisťovaním a preverovaním (a následným spracúvaním týchto údajov) vo všetkých zdravotníckych zariadeniach poskytujúcich zdravotnú starostlivosť a u všetkých lekárov ako aj získavaním výpisov zo zdravotnej dokumentácie a zapožičaním zdravotnej dokumentácie za účelom zistenia pravdivosti mnou uvedených informácií v poistnej zmluve a posúdenia poistnej udalosti.

Zároveň v uvedenom rozsahu zbavujem mlčanlivosti voči Spoločnosti všetkých lekárov v otázkach súvisiacich s mojím zdravotným stavom.

Beriem na vedomie, že môj súhlas údajov môžem kedykoľvek odvolať zaslaním písomného odvolania na adresu sídla Spoločnosti.

 ÁNO, DÁVAM SÚHLAS **NIE, NEDÁVAM SÚHLAS**Je poistený politicky exponovanou osobou? **nie** **áno**³Je poistený sankcionovanou osobou? **nie** **áno**⁴

V..... dňa

.....
úradne overený podpis poisteného
resp. zákonného zástupcu poisteného*.....
číslo dokladu totožnosti***Identifikáciu a overenie identifikácie** je oprávnený vykonať zamestnanec spoločnosti KOOOPERATIVA poisťovňa, a.s. Vienna Insurance Group na jej obchodnom mieste, pobočke alebo priamo v sídle spoločnosti alebo finanční agenti v sektore poistenia a zaistenia (namiesto úradne overeného podpisu u notára alebo na matrike)......
dátum a podpis osoby,
ktorá identifikovala klienta.....
čitateľné meno a priezvisko/názov osoby⁵,
ktorá identifikovala klienta⁶.....
osobné číslo al. registračné číslo v NBS osoby,
ktorá identifikovala klienta/obchodný názov firmy¹ V prípade označenia možnosti Ano, je potrebné kontaktovať zodpovednú osobu (pred vykonaním akéhokoľvek úkonu)² V prípade označenia možnosti Ano, je potrebné kontaktovať zodpovednú osobu (pred vykonaním akéhokoľvek úkonu)³ V prípade označenia možnosti Ano, je potrebné kontaktovať zodpovednú osobu (pred vykonaním akéhokoľvek úkonu)⁴ V prípade označenia možnosti Ano, je potrebné kontaktovať zodpovednú osobu (pred vykonaním akéhokoľvek úkonu)⁵ V prípade právnickej osoby sa uvádza aj meno a priezvisko osoby oprávnenej za ňu konať.⁶ V prípade podriadeného finančného agenta sa uvádza aj meno a priezvisko/názov samostatného finančného agenta, s ktorým má uzatvorenú zmluvu o sprostredkovaní. Zároveň sa uvádza obchodný názov firmy, pre ktorú pracuje.

Správa ošetrojúceho lekára

Ošetrojúci lekár MUDr.

Názov a adresa zdrav. zariadenia

PSČ e-mail

Ošetrojúci lekár potvrdzuje, že poisteného rod. č.

.

ošetroval úrazom postihnutého poisteného u vedeného na prednej strane oznámenia a zistil telesné poškodenie spôsobené úrazom

vypracoval správu o úraze na základe zdrav. dokumentácie z liečenia úrazu poisteného uvedeného na prednej strane oznámenia vystavenej zdravotníckym zariadením:

Prvé lekárske ošetrenie úrazu (podľa zdrav. dokumentácie) bolo dňa o hod.

v zdrav. zariadení
 Podrobný popis telesného poškodenia spôsobeného úrazom s určením jeho rozsahu a príčiny

Diagnóza vlastného zranenia (slovensky - latinsky)

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

Prečo?

Môžete vylúčiť úmyselné sebapoškodenie poisteného? áno nie Prečo?

Spôsob a druh ošetrenia (podrobný popis liečby, pri rehabilitácii uveďte frekvenciu, dobu i jej výsledky)

Nález s opisom – RTG, MR, CT, Sono... (uveďte vždy, ak bolo dané vyšetrenie vykonané)

Bola vykonaná operácia? nie áno Aká?

Bol poistený hospitalizovaný? Od.....do.....Kde?.....

Príčina?.....

Skutočná doba nevyhnutného liečenia úrazu (vrátane komplikácií) od do.....

alebo predpokladaná podľa zistenej diagnózy bez prihliadnutia k osobným zdravotným odchýlkam poraneného (napr.telesná zdatnosť, vplyv predošlých ochorení a pod.) týždňov

Práceschopnosť v dôsledku liečenia úrazu trvala: od dočíslo PN

Meno lekára, adresa zdravotníckeho zariadenia, ktoré PN vystavilo

Došlo k predĺženiu priemernej doby liečenia úrazu? nie áno Uveďte príčinu a druh komplikácií (infekcia, zápal žíl a pod.)

Predpokladáte, že úraz zanechá trvalé následky? nie áno Krátko popíšte akého druhu a rozsahu?.....

Bola poranená časť tela už pred úrazom funkčne postihnutá? nie áno Ako a v akom rozsahu?

Došlo k úrazu pod vplyvom alkoholu? nie áno Aké príznaky opitosti boli zistené?

.....v krvi zistené % alkoholu

Došlo k úrazu pod vplyvom omamných, či toxických látok, drog? nie áno Akých?

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

V dňa

.....
 pečiatka a podpis ošetrojúceho lekára