



## OZNÁMENIE O TRVALÝCH NÁSLEDKOCH ÚRAZU

K tlačivu poisťovne priložte kópie všetkých lekárskejších správ z ošetrovania úrazu a kópiu potvrdenia ošetrojúceho lekára o druhu a rozsahu trvalých následkov úrazu. V prípade, že úraz prešetrovala polícia predložte aj kópiu správy z jej vyšetovania.

Pri vyplňaní tlačiva lekárom, je potrebné vybrať tú prílohu, ktorá sa týka zanechaných trvalých následkov. V prípade, že sa jedná o iný charakter trvalých následkov (iné ako jazvy, obmedzenie hybnosti končatín), je potrebné popísať druh a rozsah trvalých následkov v Správe ošetrojúceho lekára, prípadne predložiť kópiu lekárskej správy od ošetrojúceho lekára s podrobným popisom trvalých následkov po úraze (presný popis druhu a rozsahu trvalého poškodenia).

Poisťovňa v súvislosti s poistnou udalosťou nie je povinná hraďiť náklady spojené so zaošetrovaním zdravotnej dokumentácie od lekára, či zdravotníckeho zariadenia sídliaceho 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 správne potrebné na stanovenie rozsahu poistného plnenia potvrdené odborným lekárom na území Slovenskej republiky. Náklady spojené s predložením požadovaných dokladov 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](http://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.....PŠČ.....  
 ☎ ..... 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.....

Aké trvalé následky úraz zanechal .....

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

Vykonávate šport súťažne alebo pod registráciou v športovom klube či organizácii?  nie  áno

Odkedy? ..... Koľká liga/ upresniť číslom/ .....

Názov a adresa organizácie, resp. športového klubu.....

Došlo k úraze 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 ošetrovanie 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 .....

**Pokyny k výpláte poisného plnenia - vyplňuje poistený, resp. zákonný zástupca za maloletého poisteného**

Poisné plnenie žiadam poukázať:

- na číslo účtu v tvare IBAN.....  
názov účtu.....
- 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**<sup>1</sup>Je zákonný zástupca poisteného sankcionovanou osobou?  **nie**  **áno**<sup>2</sup>

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](http://www.koop.sk).

V.....dňa .....  
.....  
podpis zákonného zástupcu

**Potvrdenie zamestnávateľa alebo organizácie, ktorá dojednala poistenie v prospech poisteného**

V zmysle poisťnej zmluvy došlo k úrazu pri poisťenej činnosti  pracovnej  mimopracovnej  
Poisťná suma - za čas nevyhnutného liečenia úrazu....., trvalé následky úrazu .....  
za PN.....

V .....dňa .....  
.....  
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 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 poisťovňa informuje dotknutú osobu, že informácie o spracúvaní osobných údajov je možné nájsť na webovej stránke [www.koop.sk](http://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 poisťnej zmluve a posúdenia poisťnej 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**<sup>3</sup>Je poistený sankcionovanou osobou?  **nie**  **áno**<sup>4</sup>

V.....dňa .....  
.....  
úradne overený podpis poisteného ..... číslo dokladu totožnosti  
resp. zákonného zástupcu poisteného\*

\*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 osoby<sup>5</sup>, ktorá identifikovala klienta<sup>6</sup> .....  
osobné číslo al. registračné číslo v NBS osoby, ktorá identifikovala klienta/obchodný názov firmy

<sup>1</sup> V prípade označenia možnosti Áno, je potrebné kontaktovať zodpovednú osobu (pred vykonaním akéhokoľvek úkonu)<sup>2</sup> V prípade označenia možnosti Áno, je potrebné kontaktovať zodpovednú osobu (pred vykonaním akéhokoľvek úkonu)<sup>3</sup> V prípade označenia možnosti Áno, je potrebné kontaktovať zodpovednú osobu (pred vykonaním akéhokoľvek úkonu)<sup>4</sup> V prípade označenia možnosti Áno, je potrebné kontaktovať zodpovednú osobu (pred vykonaním akéhokoľvek úkonu)<sup>5</sup> V prípade právnickej osoby sa uvádza aj meno a priezvisko osoby oprávnenej za ňu konať.<sup>6</sup> 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 zistil telesné poškodenie spôsobené úrazom  
 vypracoval správu o trvalých následkoch na základe zdrav. dokumentácie z liečenia úrazu poisteného vystavenej zdravotníckym zariadením: .....

Prvé lekárske ošetrenie úrazu (podľa zdrav. dokumentácie) bolo dňa ..... o hod. ....  
 v zdrav. zariadení .....  
 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  
 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.  
 Došlo k predĺženiu priemernej doby liečenia úrazu?  nie  áno popíšte príčinu a druh komplikácií (infekcia, zápal žíl a pod.) .....

### Popis trvalých následkov úrazu – druh a rozsah

Druh a rozsah trvalých následkov po utrpenom poranení - uveďte podrobný popis rozsahu zanechaných trvalých následkov (napr. rozsah obmedzenia hybnosti, typ a rozmer jazvy atď.) .....  
 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? .....  
 ..... ‰ alkoholu zistené v krvi.....  
 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



## Príloha k oznámeniu o rozsahu trvalých následkov úrazu - jazvy na tvári

Náklady spojené s vypísaním tlačiva pre poisťovňu znáša poistený, resp. oprávnená osoba na výplatu poistného plnenia.

Prílohu vyplní a potvrdí ošetrujúci lekár poisteného. Do prílohy je nevyhnutné zakresliť všetky jazvy klienta, vrátane jaziev, ktoré sú staršieho dátá (jazvy z predchádzajúcich poškodení).

**Jazvy na tvári/krku, ktoré sú predmetom hodnotenia zakreslite červenou farbou, jazvy z predchádzajúcich úrazov zakreslite modrou farbou.** Do tabuľky nižšie žiadame uviesť presný popis (napr. jazva keloidná, jazva málo viditeľná a pod.) a rozsah jaziev (v cm, resp. cm<sup>2</sup>) s označením časti tváre/krku, kde sa jazva nachádza.

Priezvisko a meno poisteného.....rodné číslo.....

Úraz zo dňa: .....



Popis	rozsah jazvy v cm / cm <sup>2</sup>	popis jazvy (jazva keloidná, jazva málo viditeľná a pod.)
<b>Časť tváre</b>		
<b>Čelo - vpravo</b>		
- vľavo		
- stred		
<b>Nos - vpravo</b>		
- vľavo		
<b>Líce - vpravo</b>		
- vľavo		
<b>Brada - vpravo</b>		
- vľavo		
<b>Pera - spodná</b>		
- vrchná		
<b>Ucho - vpravo</b>		
- vľavo		
<b>Krk - vpravo</b>		
- vľavo		
- stred		

Poznámka lekára: .....

Dátum:

podpis a pečiatka lekára



## Príloha k oznámeniu o rozsahu trvalých následkov úrazu – jazvy na tele

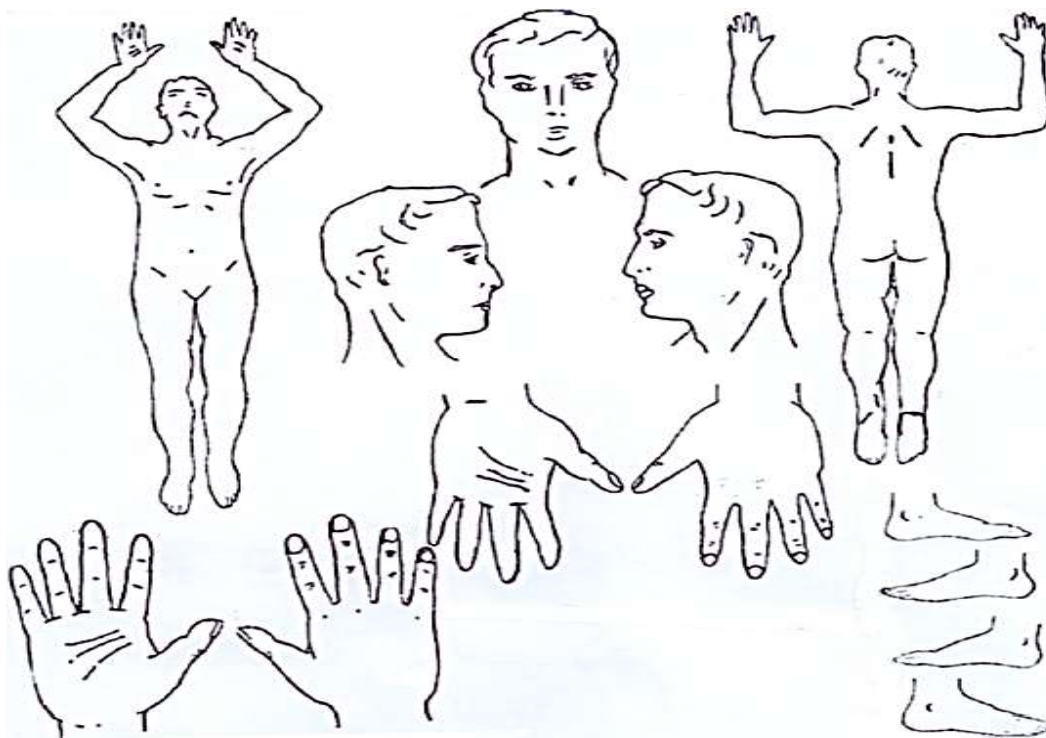
Náklady spojené s vypísaním tlačiva pre poisťovňu znáša poistený, resp. oprávnená osoba na výplatu poistného plnenia.

Prílohu vyplní a potvrdí ošetrojúci lekár poisteného. Do prílohy je nevyhnutné zakresliť všetky jazvy klienta, vrátane jaziev, ktoré sú staršieho dáta (jazvy z predchádzajúcich poškodení).

**Jazvy, ktoré sú predmetom hodnotenia zakreslite červenou farbou, jazvy z predchádzajúcich úrazov zakreslite modrou farbou.** Do tabuľky nižšie žiadame uviesť presný popis (napr. jazva keloidná, jazva málo viditeľná a pod.) a rozsah jaziev (v cm, resp. cm<sup>2</sup>) s označením časti tela, kde sa jazva nachádza.

Priezvisko a meno poisteného.....rodné číslo.....

Úraz zo dňa: .....



časť tela	rozsah jaziev v cm/cm <sup>2</sup>	popis - typ jazvy (napr. keloidná, pigmentová...)	časť tela	rozsah jaziev v cm/cm <sup>2</sup>	Popis- typ jazvy (napr. keloidná, pigmentová...)
ruky			hlava		
genitálie vonkajšie			krk		
sedacie časti			predná časť trupu		
stehná			zadná časť trupu		
predkolenia			ramená		
nohy			predlaktia		

Poznámka lekára: .....  
.....  
.....

Dátum:

podpis a pečiatka lekára



## Príloha k oznámeniu trvalých následkov úrazu pri obmedzení hybnosti končatín

Náklady spojené s vypísaním tlačiva pre poisťovňu znáša poistený, resp. oprávnená osoba na výplatu poistného plnenia. Prílohu vyplní a potvrdí **odborný lekár poisteného** (nie pediater alebo praktický lekár). Do prílohy je nevyhnutné pri určovaní rozsahu obmedzenia pohybov v kĺboch uvádzať porovnanie so zdravou končatinou, t.j. **prosíme uvádzať rozsah pohybov oboch končatín**.

Priezvisko a meno poisteného.....rodné číslo.....

Úraz zo dňa: .....

Pravák <input type="checkbox"/>	Ľavák <input type="checkbox"/>	pravá horná končatina	ľavá horná končatina
<b>rameno</b>	elevácia		
	abdukcia z predpaženia		
	addukcia z predpaženia		
	extenzia		
	addukcia		
	vnútorná rotácia		
	vonkajšia rotácia		
<b>lakteľ</b>	extenzia		
	flexia		
	pronácia		
	supinácia		
<b>zápästie</b>	dorzálna flexia		
	palmárna flexia		
	radiálna flexia		
	ulnárna flexia		
<b>prsty na ruke</b>	nedovieravosť do dlane		
	v cm:		
	porucha úchopovej funkcie		
		<b>pravá dolná končatina</b>	<b>ľavá dolná končatina</b>
<b>bedro</b>	extenzia		
	flexia		
	abdukcia		
	addukcia		
	vnútorná rotácia		
	vonkajšia rotácia		
<b>koleno</b>	extenzia		
	flexia		
	vnútorná rotácia		
	vonkajšia rotácia		
	kývavosť		
<b>členok</b>	dorzálna flexia		
	plantárna flexia		
	abdukcia		
	addukcia		
	pronácia		
	supinácia		
	kývavosť - instabilita		
<b>noha</b>	popis poruchy funkcie		
<b>prsty na nohe</b>	popis poruchy funkcie		
<b>Popis iných trvalých následkov úrazu</b>			

Poznámka lekára: .....

Dátum:

podpis a pečiatka lekára

Poisťovňa informuje dotknutú osobu, že jej osobné údaje spracúva 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) (ďalej len „Nariadenie“) 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](http://www.koop.sk).