





Číslo poisťnej udalosti – vyplňuje poisťovňa

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

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

Nárok na plnenie za čas nevyhnutného liečenia úrazu vzniká, ak čas nevyhnutného liečenia je dlhší ako 2 týždne. V poistení denného odškodného za práceneschopnosť následkom úrazu je nárok na plnenie pri práceneschopnosti dlhšej ako 6 dní. Po vyplnení prednej strany oznámenia predložte tlačivo svojmu ošetrovujúcemu lekárovi na doplnenie. V oznámení uveďte čísla všetkých zmlúv pre prípad úrazu uzavretých s poisťovňou KOOOPERATIVA, a. s. Vienna Insurance Group. Ku každému úrazu predložte do poisťovne iba jedno oznámenie o úraze. Vyplnené a lekárom potvrdené oznámenie zašlite na organizačnú jednotku poisťovne, ktorá Vašu poisťnú zmluvu spravuje (je uvedená v poisťke). V prípade, že úraz prešetrovala polícia priložením (zaslaním) kópie správy z jej vyšetovania, ak ju už máte k dispozícii, môžete vybavovanie poisťnej udalosti urýchliť. Ak máte k dispozícii lekárske správy z ošetrenia úrazu, predložte prosím aj kópie týchto lekárskeho správ pre urýchlenie vybavovania poisťnej udalosti.



Údaje o poistenom - vyplňuje poistený, resp. zákonný zástupca za maloletého poisteného
Číslo poisťnej zmluvy (z poisťky)
Priezvisko a meno poisteného rodné číslo.....
Adresa
PSC  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 v čase úrazuMeno, adresa vlastníka motorového vozidla.....
.....
Meno, adresa vodiča motor. vozidla v čase úrazu
.....

Pokyny k výplate poistného plnenia - vyplňuje poistený, resp. zákonný zástupca za maloletého poisteného	
Poistné plnenie žiadam poukázať:	
<input type="checkbox"/> na číslo účtu v tvare IBAN..... meno majiteľa účtu.....	
<input type="checkbox"/> na meno a adresu	
Prehlásenie zákonného zástupcu maloletého poisteného - vyplňuje zákonný zástupca maloletého poisteného	
Meno a priezvisko zákonného zástupcu..... rodné číslo	
Vzťah k maloletému.....	☎ e-mail
Čestne prehlasujem, že som oprávnený zastupovať a spravovať veci maloletého a som si vedomý dôsledkov, ak by som uviedol(a) v prehlásení nepravdivé údaje. V zmysle zákona o ochrane osobných údajov súhlasím, aby poisťovňa moje vyššie uvedené osobné údaje spracovávala v rámci svojej činnosti v poisťovníctve po dobu nevyhnutnú pre zabezpečenie výkonu práv a plnenie povinností vyplývajúcich z poistnej zmluvy a poskytovala tieto údaje do iných štátov, pokiaľ to bude potrebné pre zabezpečenie výkonu práv a plnenie povinností z poistnej zmluvy, pri poradenskej činnosti v oblasti poisťovníctva, ako aj ostatným subjektom podnikajúcim v poisťovníctve a združeniam týchto subjektov.	
..... podpis zákonného zástupcu.....	
Potvrdenie zamestnávateľa alebo organizácie, ktorá dojednala poistenie v prospech poisteného	
V zmysle poistnej zmluvy došlo k úrazu pri poistenej činnosti <input type="checkbox"/> pracovnej <input type="checkbox"/> mimopracovnej Poistná suma - za čas nevyhnutného liečenia úrazu....., trvalé následky úrazu, za PN.....	
V	dňa pečiatka a podpis zamestnávateľa (organizácie)

Prehlasujem, že som odpovedal pravdivo a úplne a uvedené údaje zodpovedajú skutočnosti. Súhlasím, aby KOOOPERATIVA poisťovňa, a. s. Vienna Insurance Group podľa potreby zisťovala môj (maloletého poisteného) zdravotný stav. Týmto oprávňujem každého lekára i Sociálnu poisťovňu, aby poskytli poisťovní informácie, zdravotnú dokumentáciu, týkajúcu sa liečenia choroby, úrazu, resp. zdravotného stavu. V zmysle zákona o ochrane osobných údajov súhlasím, aby poisťovňa moje osobné údaje získané v súvislosti s poistnou zmluvou, vrátane údajov o zdravotnom stave, spracovávala v rámci svojej činnosti v poisťovníctve po dobu nevyhnutnú pre zabezpečenie výkonu práv a plnenie povinností vyplývajúcich z poistnej zmluvy a poskytovala tieto údaje do iných štátov, pokiaľ to bude potrebné pre zabezpečenie výkonu práv a plnenie povinností z poistnej zmluvy, pri poradenskej činnosti v oblasti poisťovníctva, ako aj ostatným subjektom podnikajúcim v poisťovníctve a združeniam týchto subjektov.

V.....dňa.....
.....
podpis poisteného
(resp. zákonného zástupcu maloletého poisteného)

Poplatok za vyhotovenie správy o úraze lekárom hradí poistená osoba, resp. zákonný zástupca maloletého poisteného. Poist'ovňa uhradí poistenému náklady na vyhotovenie správy lekára o úraze zvýšením sumy poistného plnenia o 4,98 EUR.

Správa ošetrujúceho lekára o úraze poistenej osoby uvedenej na prednej strane oznámenia o úraze PROSÍME O VYPÍSANIE PALIČKOVÝM PÍSMOM	
Ošetrujúci lekár MUDr.	
Názov a adresa zdrav. zariadenia.....	
PSC 	e-mail
Ošetrujúci lekár potvrdzuje, že poisteného	rod. č.....
<input type="checkbox"/> ošetroval úrazom postihnutého poisteného uvedeného na prednej strane oznámenia a zistil telesné poškodenie spôsobené úrazom	
<input type="checkbox"/> vypracoval správu o úraze na základe zdravot. dokumentácie z liečenia úrazu poisteného uvedeného na prednej strane oznámenia vystavenej zdravotníckym zariadením:.....	
Prvé lekárske ošetrovanie 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?	
<input type="checkbox"/> áno <input type="checkbox"/> nie Prečo?	
Môžete vylúčiť úmyselné sebapoškodenie poisteného? <input type="checkbox"/> áno <input type="checkbox"/> nie Prečo?	
Spôsob a druh ošetrovania (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)	
Bolo vykonané arthroscopické vyšetrenie? <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> áno S akým záverom?	
Bola vykonaná operácia? <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> 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	do číslo PN.....
Meno lekára, adresa zdravot. zariadenia, ktoré PN vystavilo.....	
Došlo k predĺženiu priemernej doby liečenia úrazu? <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> áno Príčina a druh komplikácií (infekcia, zápal žíl a pod.)	
Predpokladáte, že úraz zanechá trvalé následky? <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> áno Pravdepodobne akého druhu a rozsahu?	
Bola poranená časť tela už pred úrazom funkčne postihnutá <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> áno Ako a v akom rozsahu?	
Došlo k úrazu pod vplyvom alkoholu? <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> áno Aké príznaky opitosti boli zistené	
..... v krvi zistené % alkoholu	
Došlo k úrazu pod vplyvom omamných, či toxických látok, drog? <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> áno Akých?	

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

V dňa

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