



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 ošetrovania úrazu, ktoré zároveň nahradia potvrdenie časti tlačiva „Správa ošetrojúceho 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 zaošetrovaním 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: KOOPERATIVA poisťovňa, a.s. Vienna Insurance Group, Štefanovičova 4, 816 23 Bratislava.

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 úraze 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 úraze 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 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
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 výplate poistného plnenia - vyplňuje poistený, resp. zákonný zástupca za maloletého poisteného

Poistné 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

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.

Súhlasím, aby KOOOPERATIVA poisťovňa, a.s. Vienna Insurance Group podľa potreby zisťovala môj zdravotný stav. Týmto oprávňujem každého lekára i Sociálnu poisťovňu, aby poskytli poisťovní informácie, zdravotnú dokumentáciu týkajúcu sa liečenia choroby, úrazu, resp. zdravotného stavu, ktoré sú potrebné na plnenie poistnej zmluvy.

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.

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, so sídlom Štefanovičova 4, 81623 Bratislava, IČO 00 585 441 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 osoby¹,
ktorá identifikovala klienta²

.....
osobné číslo al. registračné číslo v NBS osoby,
ktorá identifikovala klienta/obchodný názov firmy

¹ V prípade právnickej osoby sa uvádza aj meno a priezvisko osoby oprávnenej za ňu konať.

² 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.

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

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 uvedeného 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 sebaškodzenie 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 do číslo PN
Meno lekára, adresa zdravot. zariadenia, ktoré PN vystavilo.....

Došlo k predĺženiu priemernej doby liečenia úrazu? nie áno Príčina a druh komplikácií (infekcia, zápal žíl a pod.)
Predpokladáte, že úraz zanechá trvalé následky? áno Krátko popíšte akého druhu a rozsahu?.....
 nie
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