

OZNÁMENIE O ÚRAZE

Poistník - názov firmy, IČO:	Číslo poistných zmlúv, ktorými ste poistený pre prípad úrazu:	
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:		

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

Uvedte 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:		
Opíšte 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, uvedte druh športu, ktorý vykonávate:	Ak ste v súčasnosti alebo ste boli v minulosti registrovaný v športovom klube, uvedte 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, uvedte druh a typ vozidla:	ŠPZ:	Meno a adresa majiteľa vozidla:
Meno a adresa vodiča:	Boli zranené aj iné spolucestujúce osoby? áno <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> Ak áno, uvedte mená a adresy:	
Uvedte mená a adresy prípadných svedkov:		
Vyšetroval udalosť orgán polície? áno <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> <small>Ak áno, predložte fotokópiu správ.</small>	Bola urobená skúška na hladinu alkoholu v krvi? áno <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/>	
Úrazové poistenie mám aj v inej poisťovni: áno <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/>	Ak áno, uvedte 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 pracovnej neschopnosti vzťahujúcu sa k úrazu.

Vyhlasujem, že som na všetky otázky odpovedal pravdivo a úplne a som si vedomý možných dôsledkov v prípade zamlčania 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)

Poplatok za vyhotovenie správy o trvalých následkoch úrazu lekárom hradí poistená osoba, resp. zákonný zástupca poisteného dieťaťa. Poistovňa uhradí poistenému náklady na vyhotovenie správy lekára o trvalých následkoch úrazu zvýšením sumy poistného plnenia o 5 EUR, na základe priloženého príjmového pokladničného dokladu.

SPRÁVA OŠETRUJÚCEHO LEKÁRA

Zodpovedá rozsah telesného poškodenia úrazovému deju, ktorý je uvádzaný v Oznámení o úraze?	áno <input type="checkbox"/>	nie <input type="checkbox"/>
Kedy došlo (podľa zdravotnej dokumentácie) k prvému lekárskeму ošetrovaniu?	Dňa ohod	
Diagnóza vlastného zranenia (podľa MKCH-10), uveďte prípadnú zmenu diagnózy v priebehu liečenia:		
Uveďte podrobný opis telesného poškodenia spôsobeného úrazom s určením jeho rozsahu:		
RTG nález s opisom:		
Spôsob a druh ošetrovania (podrobne opište):		
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 od: do:		

Bol poranený úd alebo orgán už pred úrazom funkčne postihnutý? V akom rozsahu?	áno <input type="checkbox"/>	nie <input type="checkbox"/>
Bol priebeh liečby úrazu komplikovaný?	áno <input type="checkbox"/>	nie <input type="checkbox"/>
Ak nastali komplikácie, uveďte druh a príčinu ich vzniku:		
Kde bol pacient hospitalizovaný? Uveďte adresu nemocničného zariadenia:		
Meno ošetrojúceho 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? Ak áno, o aké toxické látky išlo?	áno <input type="checkbox"/>	nie <input type="checkbox"/>
Zistené % alkoholu v krvi:		

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:

V dňa

.....
pečiatka a podpis ošetrojúceho lekára