

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

**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 ošetrujúcemu lekárovi na doplnenie. V oznámení uveďte čísla všetkých zmlúv pre prípad úrazu uzavretých s KOOOPERATIVOU poisťovňou, a. s. Ku každému úrazu predložte do poisťovne iba jedno oznámenie o úraze. Vyplnené a lekárom potvrdené oznámenie zašlite na organizačnú jednotku poisťovne, ktorá Vašu poistnú zmluvu spravuje (je uvedená v poisťke). V prípade, že úraz prešetrovala polícia priložením (zaslaním) kópie správy z jej vyšetrovania, ak ju už máte k dispozícii, môžete vybavovanie poistnej udalosti urýchliť. Ak máte k dispozícii lekárske správy z ošetrovania úrazu, predložte prosím aj kópie týchto lekárskeho správ pre urýchlenie vybavovania poistnej udalosti.

**Údaje o poistenom - vyplňuje poistený, resp. zákonný zástupca za maloletého poisteného**

Číslo poistnej zmluvy (z poisťky) .....

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

Adresa .....

..... PSČ ..... ☎ do práce ..... ☎ domov .....

**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?  nie  áno

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

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

Došlo k úrazu 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 .....

**Pri úraze vodiča v motorovom vozidle – druh, tovar, značka vozidla ..... ŠPZ .....**

číslo motora ..... počet sedadiel ..... počet prepravovaných osôb v čase úrazu .....

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 účet číslo ..... kód banky .....

na meno a adresu .....

**Prehlásenie zákonného zástupcu maloletého poisteného - vyplňuje zákonný zástupca maloletého poisteného**

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

Vzťah k maloletému ..... ☎ do práce ..... ☎ domov .....

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  pracovnej  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. podľa potreby zisťovala môj (maloletého poisteného) zdravotný stav. Týmto oprávňujem každého lekára i Sociálnu poisťovňu, aby poskytli poisťovni 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/150,03 SKK.**

Správa ošetrujúceho lekára o úraze poistenej osoby uvedenej na prednej strane oznámenia o úraze	
Ošetrujúci lekár MUDr. ....	Názov a adresa zdrav. zariadenia ..... PSČ .....
☎ .....	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 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 tlačíva? <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 arthroskopické 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 opilstosti 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

**Konverzný kurz: 1 EUR = 30,1260 SKK**

V súlade s § 2 ods. 3) Zákona č. 659/2007 Z.z. o zavedení meny euro v Slovenskej republike, sa konečné sumy v eurách po prepočte podľa konverzného kurzu zaokrúhľujú na dve desiatinné miesta na najbližší euro cent podľa pravidiel ustanovených osobitným predpisom. Po 1.1.2009 je hodnota uvedená v SKK len informatívna.

Č. tl. PO-006-004/08