

Vykonávate tento šport aktívne? Ak áno, v akej súťaži?
Ak ide o úraz pri telovýchovnej alebo športovej činnosti, uveďte, či bola organizovaná, a ak áno, ktorou organizáciou:

Meno, adresa a telefón lekára, v evidencii ktorého je uložená kompletná zdravotná dokumentácia poisteného:

Kde bolo poskytnuté prvé ošetrovanie (adresa zdravotníckeho zariadenia, meno lekára, telefón, dátum, čas):

Údaje o priznaní invalidného dôchodku zo Sociálnej poisťovne (vyplňuje poistený)
Invalidný dôchodok priznaný zo Sociálnej poisťovne s účinnosťou od z dôvodu úrazu choroby
Adresa lekára, zdravotníckeho zariadenia, kde je uložená kompletná zdravotná dokumentácia
..... pokles schopnosti vykonávať zárobkovú činnosť o %

Údaja o hospitalizácii (vyplňuje poistený)
Vyplňte iba v prípade dojednania poistenia pre prípad hospitalizácie následkom úrazu (UH)
alebo v prípade dojednania poistenia pre prípad hospitalizácie následkom úrazu alebo choroby (H)
Hospitalizácia od do z dôvodu úrazu choroby
Názov a adresa nemocnice:
Adresa lekára, zdravotníckeho zariadenia, kde je uložená kompletná zdravotná dokumentácia:
K vyplnenému oznámeniu priložte fotokópiu prepúšťacej správy z nemocnice.

Údaja o pracovnej neschopnosti
Vyplňte iba v prípade dojednania poistenia „Oslobodenie od platenia poistného, resp. náhrada poistného“
Alebo v prípade dojednania poistenia „Mesačná výplata“
Doba trvania pracovnej neschopnosti od do
K vyplnenému oznámeniu priložte fotokópiu pracovnej neschopnosti, resp. v prípade, že nemohla byť pracovná neschopnosť
vystavená v súlade s platnými zákonnými úpravami, potvrdenie ošetrojúceho lekára na nasledujúcej strane tohto tlačiva.

Pokyny k výplati poistného plnenia (vyplňuje poistený, resp. zákonný zástupca za maloletého poisteného)

Výplata poistného plnenia (označte jednu z možností)
 Poukážte na číslo účtu v tvare IBAN: SWIFT/BIC:
Názov účtu príjemcu:
 Poukážte na OPÚ účet:
 Zašlite na adresu:

Prehlásenie zákonného zástupcu maloletého poisteného (vyplňuje zákonný zástupca)
Meno a priezvisko zákonného zástupcu rodné číslo
Vzťah k maloletému telefón do zamestnania telefón domov
Čestne prehlasujem, že som oprávnený zastupovať a spravovať veci maloletého
a som si vedomý dôsledkov, ak som uviedol (a) v prehlásení nepravdivé údaje.
Podpis zákonného zástupcu

Prehlasujem, že som na všetky otázky uvedené vo formulári odpovedal pravdivo a úplne a že som si vedomý dôsledkov nesprávnych odpovedí na povinnosť poisťovateľa plniť. Súhlasím, aby si KOMUNÁLNA poisťovňa, a. s. Vienna Insurance Group vyžiadala všetku potrebnú dokumentáciu, vzťahujúcu sa k poistnej udalosti. Súčasne pozbavujem lekárov mlčanlivosti o všetkých skutočnostiach, týkajúce sa môjho (maloletého poisteného) zdravotného stavu.

Súhlasím s poskytnutím osobných údajov a ich spracovaním v informačnom systéme spoločnosti KOMUNÁLNA poisťovňa, a. s. Vienna Insurance Group.

V dňa

.....
podpis poisteného (jeho zákonného zástupcu, poisťníka)

Pokyny:

„Správa ošetrojúceho lekára“ vyplni ošetrojúci lekár.

Vyplnený formulár zašlite na adresu poisťovne.

SPRÁVA OŠETRUJÚCEHO LEKÁRA

Ošetrojúci lekár potvrdzuje, že ošetroval poisteného rod. číslo, ktorý je uvedený na prednej strane formuláru a zistil telesné poškodenie spôsobené úrazom diagnózu pre uvedenú chorobu vypracoval správu na základe zdravotnej dokumentácie

Prvé lekárske ošetrenie (podľa zdravotnej dokumentácie) bolo vykonané: dňa: čas:
meno lekára: adresa zdravotníckeho zariadenia:

Zodpovedá rozsah telesného poškodenia úrazovému deju uvedenému na prednej strane tohto formuláru? áno nie

Diagnóza (slovensky - latinsky)

Podrobný popis telesného poškodenia spôsobeného úrazom s určením rozsahu a príčiny (pri zuboch číselne označiť poranený zub, pri poranení tváre uviesť, či bude potrebné estetické úprava)

RTG-nález s popisom (uved'te vždy pri úplných, neúplných zlomeninách a vytknutiach)

Bolo vykonané arthroscopické vyšetrenie? áno nie S akým záverom?

Bola vykonaná operácia? áno nie Aká?

Spôsob a druh ošetrenia/ liečenia (podrobný popis)

Pri rehabilitácii uved'te dôvod, formu, ako často a ako dlho bola vykonávaná

Bol poranený úd alebo orgán funkčne alebo inak postihnutý už pred úrazom?

Ak bola nutná rehabilitácia, uved'te dôvod, formu, dĺžku (koľkokrát týždenne)

Došlo k predĺženiu priemernej doby liečenia úrazu? áno nie Príčina a druh komplikácií:

Skutočná doba nevyhnutného liečenia úrazu (vrátane komplikácií) od do alebo predpokladaná doba liečenia podľa zistenej diagnózy, bez prihliadnutia k osobným zdravotným odchýlkam poraneného (napríklad telesná zdatnosť, vplyv predošlých ochorení a pod.) týždňov.

Uved'te dátum, kedy sa ustálil zdravotný stav bez ďalšieho funkčného zlepšenia

Údaje o pracovnej neschopnosti Pracovná neschopnosť trvala od: do:

Dôvod, pre ktorý nebol vystavený doklad o pracovnej neschopnosti

Bol poistený hospitalizovaný? Od: do: (adresa, oddelenie, meno ošetrojúceho lekára)

Došlo k úrazu pod vplyvom:

alkoholu áno nie intoxikácie áno nie omamných látok áno nie
užitia narkotík áno nie iných látok áno nie duševnej choroby áno nie

V krvi bolo zistené promile alkoholu promile inej látky (uved'te akej)

Bolo príčinou úrazu úmyselné sebapoškodenie? áno nie

Predpokladáte, že úraz zanechá trvalé následky? áno nie

V akom pravdepodobnom rozsahu?

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

V dňa

.....
pečiatka zdravotníckeho zariadenia a podpis ošetrojúceho lekára