

Oznámenie úrazu

Číslo poistnej udalosti:

Doručené:

Pokyny pre poisteného:

- Pri telesných poškodeniach spôsobených úrazom vzniká nárok buď na denné odškodné počas doby nevyhnutného liečenia úrazu, ak je pracovná neschopnosť minimálne 22 dní, alebo za čas nevyhnutného liečenia úrazu, ak je čas nevyhnutného liečenia minimálne 15 dní.
- Ku každému úrazu vyplňte iba jedno tlačivo „Oznámenie úrazu“.
- Vyplňte prosím hrubo orámovanú časť. Rubovú stranu vyplní odborný lekár (napr. ortopéd, chirurg a pod.), ktorý daný úraz liečil. V prípade, že úraz liečil len praktický lekár, vyplní rubovú stranu on.
- V prípade, že nie je medzi poisťovňou a zdravotníckym zariadením uzatvorená zmluva, uhradíte ošetrojúcemu lekárovi za vyplnenie druhej strany tlačiva sumu 130,- Sk. Prijatie sumy Vám potvrdí lekár na tomto tlačive a vydá potvrdenku, ktorú priložte k oznámeniu.
- K oznámeniu úrazu priložte fotokópiu potvrdenia o pracovnej neschopnosti a zdravotnú dokumentáciu vzťahujúcu sa k úrazu.

Uvedte prosím čísla všetkých poistiek, ktorými ste v Allianz - Slovenskej poisťovni, a.s., poistený pre prípad úrazu:

Meno poisteného: Rodné číslo: Dátum narodenia:
Adresa zamestnávateľa: Zamestnanie:
Trvalé bydlisko: PSČ:
Telefón domov: Telefón do zamestnania:

Úraz nastal dňa: o hod., miesto
Popíšte prosím súvisle a podrobne okolnosti vzniku úrazu:

| | | |
|---------------------------------------|--|---|
| Ktorá časť tela bola poranená? | Bola táto časť tela funkčne alebo inak postihnutá už pre týmto úrazom? Ako? | Ste právák <input type="checkbox"/> ľavák <input type="checkbox"/> |
|---------------------------------------|--|---|

| | | |
|--|---------------------|---|
| Adresa zdravotníckeho zariadenia: | | Meno a adresa lekára v evidencii ktorého máte zdravotnú kartu: |
| ktoré poskytlo prvé ošetrenie a kedy: | kde ste sa liečili: | |

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|--|--------------------------|--|--|--------------------------|--|---|--------------------------|--------------|---|--------------------------|------------|---|--------------------------|--|---|--------------------------|----------------------------------|---|--------------------------|-------------------|---|--------------------------|-----------------------------|---|--------------------------|--------------------|--|--|--|
| Boli ste v dôsledku úrazu PN? Áno <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> | Označte v príslušnom okienku krížikom pri akej činnosti došlo k úrazu: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Došlo k úrazu pri výkone povolania? Áno <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> | <table><tr><td>1</td><td><input type="checkbox"/></td><td>opravárska, údržbárska a pod. činnosti</td><td>6</td><td><input type="checkbox"/></td><td>pri pešej chôdzi vrátane rekreačnej činnosti</td></tr><tr><td>2</td><td><input type="checkbox"/></td><td>v domácnosti</td><td>7</td><td><input type="checkbox"/></td><td>pri športe</td></tr><tr><td>3</td><td><input type="checkbox"/></td><td>v škole alebo pri akcii organizovanej školou</td><td>8</td><td><input type="checkbox"/></td><td>pri inej činnosti mimo povolania</td></tr><tr><td>4</td><td><input type="checkbox"/></td><td>v cestnej doprave</td><td>9</td><td><input type="checkbox"/></td><td>pri podnikateľskej činnosti</td></tr><tr><td>5</td><td><input type="checkbox"/></td><td>v ostatnej doprave</td><td></td><td></td><td></td></tr></table> | 1 | <input type="checkbox"/> | opravárska, údržbárska a pod. činnosti | 6 | <input type="checkbox"/> | pri pešej chôdzi vrátane rekreačnej činnosti | 2 | <input type="checkbox"/> | v domácnosti | 7 | <input type="checkbox"/> | pri športe | 3 | <input type="checkbox"/> | v škole alebo pri akcii organizovanej školou | 8 | <input type="checkbox"/> | pri inej činnosti mimo povolania | 4 | <input type="checkbox"/> | v cestnej doprave | 9 | <input type="checkbox"/> | pri podnikateľskej činnosti | 5 | <input type="checkbox"/> | v ostatnej doprave | | | |
| 1 | <input type="checkbox"/> | opravárska, údržbárska a pod. činnosti | 6 | <input type="checkbox"/> | pri pešej chôdzi vrátane rekreačnej činnosti | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 2 | <input type="checkbox"/> | v domácnosti | 7 | <input type="checkbox"/> | pri športe | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 3 | <input type="checkbox"/> | v škole alebo pri akcii organizovanej školou | 8 | <input type="checkbox"/> | pri inej činnosti mimo povolania | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 4 | <input type="checkbox"/> | v cestnej doprave | 9 | <input type="checkbox"/> | pri podnikateľskej činnosti | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 5 | <input type="checkbox"/> | v ostatnej doprave | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Podčiarknite alebo opište zdroj, ktorý bol príčinou úrazu: **0** - manipulácia so strojmi alebo nástrojmi, **1** - manipulácia s materiálom, **2** - spadnutie, šmyknutie, **3** - pád predmetov, zavalenia a pod., **4** - dopravné prostriedky, **5** - výbuch, chemikálie, strelné zbrane, elektrina, **6** - popáleniny, plyny, žiarenia, jedy, omrzliny, **7** - napadnutie zvieratami, **8** - napadnutie inou osobou, **9** - iné zdroje a aké?.....

Mená a adresy prípadných svedkov:

Prípád vyšetroval:

| | |
|--|---|
| Ste registrovaný športovec? V akom športe: V akej súťaži: Stal sa úraz pri športe alebo inej telovýchovnej aktivite? Bola organizovaná? Ktorou organizáciou: | Potvrdzujeme správnosť a úplnosť uvedených údajov a zaplatenie poistného pri uplatnení nárokov zo zmluvy o úrazovom poistení č.: podpis zodpovedného zamestnanca a pečiatka organizácie |
|--|---|

Ak ide o úraz **motorovým vozidlom**, druh a továrenská značka motorového vozidla:
evidenčné číslo vozidla: číslo motora: počet sedadiel: počet prepravovaných:
Meno a adresa vodiča:
Mená a adresy spolucestujúcich:
Ktorá z týchto osôb bola tiež zranená?..... Poznámka: Ak nestačí miesto pre požadované údaje, uveďte osobitne!

Vyhlasujem, že som na všetky otázky odpovedal pravdivo a úplne, že som na uplatnenie nároku v Allianz - Slovenskej poisťovni, a.s., vyplnil len jedno Oznámenie úrazu, ktoré predkladám, a že som si vedomý dôsledkov nesprávnych odpovedí na povinnosť poisťovne plniť. Súhlasím, aby si Allianz - Slovenská 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 Allianz - Slovenská poisťovňa, a.s., vyžiadala fotokópiu pracovnej neschopnosti vzťahujúcej sa k úrazu (ak ju neprikladám teraz) na príslušnej pobočke Sociálnej poisťovne a potvrdenie výšky nemocenských dávok od príslušnej Sociálnej poisťovne, resp. od môjho zamestnávateľa.

„Poistený týmto dáva lekárovi výslovný písomný súhlas:

- s poskytnutím údajov o jeho zdravotnom stave Allianz - Slovenskej poisťovni, a. s.,

Poistený týmto dáva poisťovateľovi výslovný písomný súhlas:

- 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,

- 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,

- s tým, aby poisťovateľ vykonával cezhraničný prenos osobných údajov do ktorejkoľvek z krajín EÚ, krajín pridružených k EÚ, krajín patriacich do Európskeho hospodárskeho priestoru a do krajín, ktoré sú členskými štátmi OECD a ďalších krajín, a to aj v prípade, že nebudú splnené podmienky požadované zákonom na ochranu osobných údajov a kedy je potrebný osobitný súhlas dotknutej osoby,

- na získavanie osobných údajov kopírovaním, skenovaním alebo iným zaznamenávaním úradných dokladov na nosič informácií

Poistený je oprávnený tento súhlas odvolať s tým, že jeho účinky nastanú okamihom vysporiadania všetkých záväzkov vyplývajúcich z poistnej zmluvy.“

Plnenie použijete na adresu / účet:

V dňa.....

Podpis poisteného (jeho zákonného zástupcu, poistníka, prípadne oprávnenej osoby)

Správa ošetrujúceho lekára

V prípade, že nie je uzatvorená zmluva medzi poisťovňou a zdravotníckym zariadením, za vyplnenie tohto tlačiva Vám patrí odmena vo výške 130,- Sk, ktorú Vám uhradí poisťený.
Prosíme o vystavenie príjmového dokladu.

Prijatie uvedenej sumy týmto potvrdzujem.

pečiatka a podpis ošetrujúceho lekára

Ošetrujúci lekár potvrdzuje, že ošetroval úraz osoby, ktorá je uvedená na prvej strane tohto oznámenia a zistil telesné poškodenia a zdravotné ujmy tohto druhu a rozsahu:

| | | |
|--|--|--|
| Kedy bolo (podľa zdravotnej dokumentácie) vykonané prvé lekárske ošetrenie? | | Dňa ohod. |
| Meno lekára adresa zdravotníckeho zariadenia | | |
| Diagnóza vlastného zranenia a podrobný popis telesného poškodenia, spôsobeného úrazom s určením jeho rozsahu: | | |
| Zodpovedá ošetrované telesné poškodenie a jeho rozsah úrazovému deju tak, ako je uvedený na prvej strane tohto oznámenia? | | |
| Áno <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> | | |
| Nález zo dňa: Opis (Rtg, CT, nukleárna magnetická rezonancia, Audio, Perimeter,...) | | |
| Popíšte prosím podrobne spôsob a druh ošetrovania (pri rehabilitácii uďte výsledky liečby, ako často a ako dlho bola vykonávaná): | | |
| Kde bol poranený hospitalizovaný? | | od do |
| Predpokladáte, že úraz zanechá trvalé následky? | | Akého pravdepodobného druhu a rozsahu: |
| Áno <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> | | |
| Nastal úraz následkom požitia alkoholu, alebo návykových látok? | | O aký druh návykovej látky pravdepodobne išlo: |
| Áno <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> | | Aké boli zistené príznaky opilstosti resp. návykových látok, do akej miery ovplyvnil požitý alkohol / návyková látka správanie poisťeného? |
| V krvi bolo zistené% alkoholu. | | |
| Bola poranená končatina alebo orgán funkčne alebo inak postihnutá (-ý) už pred týmto úrazom? | | |
| Ako: V akom rozsahu: | | |
| Ak došlo k predĺženiu priemerného času nevyhnutného liečenia telesného poškodenia úrazom v dôsledku ďalších komplikácií - uveďte, z akej príčiny a o aký druh komplikácie išlo: | | |
| | | |
| Skutočný čas nevyhnutného liečenia následkov úrazu (vrátane tejto komplikácie) trval od do..... | | |
| Doba trvania pracovnej neschopnosti podľa vystaveného hlásenia o pracovnej neschopnosti č. zo dňa | | Potvrdenie pracovnej neschopnosti bolo odoslané na pobočku Sociálnej poisťovne - adresa: |
| Práceschopný: od do..... Práceschopný: od | | Ak nebola vystavená pracovná neschopnosť - prečo: |
| Doklad o pracovnej neschopnosti u osôb nemocensky nepoistených: Vyplňte len u osôb samostatne zárobkovo činných, ktoré nie sú nemocensky poistené. Potvrdzujem, na základe vyššie uvedenej lekárskej správy nedovoľuje (nedovoľoval) poisťenému jeho zdravotný stav pre uvedenú chorobu alebo úraz vykonávať jeho doterajšiu samostatnú zárobkovú činnosť. Pracovná neschopnosť trvala od do Práceschopný: od | | |
| Ostatné zdravotné oznámenia ošetrujúceho lekára: | | |
| V prípade požiadavky revízneho lekára Allianz - Slovenskej poisťovne, a.s., vyslovuje ošetrujúci lekár súhlas k účinnej spolupráci. | | |

Čestne prehlasujem, že som zodpovedal(a) pravdivo a úplne na všetky otázky a som si vedomý(á) dôsledku nepravdivých odpovedí.

V dňa

.....

Pečiatka a podpis ošetrujúceho lekára
adresa zdrav. zariadenia a telefón