

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

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 poistke). 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 poistky)
Priezvisko a meno poisteného	rodné číslo
Adresa
..... PŠČ	☎ 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? <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 Od kedy?	
Názov a adresa organizácie, resp. športového klubu	
Došlo k úrazu 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 pravák <input type="checkbox"/> ľavák <input type="checkbox"/>	
Prvé ošetrenie 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? <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> 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:	
<input type="checkbox"/> na účet číslo	
kód banky	
<input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> pracovnej <input type="checkbox"/> 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 poisťovní 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 opitosti 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