

- TRVALÉ NÁSLEDKY ÚRAZU
 SMŤ ÚRAZOM

Číslo poisťnej zmluvy:

Číslo škodovej udalosti:

*** Oznamovateľ škodovej udalosti** (osoba, ktorá vypisuje oznámenie škodovej udalosti)

**V prípade, ak osoba oznamujúca škodovú udalosť je splnomocnenec poisteného, musí byť súčasťou oznámenia škodovej udalosti plná moc potvrdzujúca oprávnenie splnomocnenca konať v mene poisteného.*

meno, priezvisko tel. e-mail

mesto/ ulica, číslo / PSČ

**** Poistený**

*** Údaj o poistenom vyplňajte len v prípade, ak oznamovateľ nie je totožný s poisteným.*

meno, priezvisko tel. e-mail

mesto/ ulica, číslo / PSČ rodné číslo /

Škodová udalosť

dátum vzniku úrazu hodina štát miesto vzniku úrazu

Došlo k úmrtiu poisteného? nie áno

dátum úmrtia:

Uveďte podrobný popis vzniku úrazu

.....
.....
.....

Pri akej činnosti došlo k úrazu poisteného?

.....
.....
.....

mená a adresy svedkov úrazu

Vyšetřovala prípad polícia? nie áno Ak áno, uveďte presnú adresu:

Ktorá časť tela bola poranená?

Bola poranená časť tela už pred úrazom poškodená? V akom rozsahu?

Došlo k úrazu z opilosti, príp. požitím omamných a návykových látok? Aké príznaky opilosti boli zistené, príp. promile alkoholu v krvi?

Pozostalé osoby (v prípade smrti poisteného)

manžel/ka deti počet detí vek detí

Poistné plnenie

Poistné plnenie žiadam poukázať bankovým prevodom na číslo účtu IBAN: SWIFT kód v slovenskej mene

poštovou poukážkou na adresu: meno a priezvisko príjemcu:

Prehlásenie poisteného/oznamovateľa škodovej udalosti

Podpísaný svojim podpisom potvrdzuje pravdivosť a úplnosť uvedených údajov a zaväzuje sa postupovať v zmysle všeobecne záväzných predpisov. Poistený vyjadruje súhlas s vyžiadanim všetkej potrebnej zdravotnej dokumentácie o jeho liečení a zdravotnom stave. Zároveň poistený prehlasuje, že súhlasí s tým, aby vyššie uvedené údaje boli poisťovateľom spracovávané a využívané na účely likvidácie škodovej udalosti.

Prílohy (originály):

trvalé následky úrazu

správa ošetrojúceho lekára na Slovensku

policajná správa (ak prebehlo vyšetřovanie)

lekárska správa ošetrojúceho lekára s uvedením diagnózy

smrť úrazom

úradný doklad o úmrtí (úmrtň list)

lekárska správa o úmrtí (list o prehliadke mŕtveho)

policajná správa (ak prebehlo vyšetřovanie)

prepúšťacia správa z hospitalizácie poisteného (v prípade, ak došlo k jeho úmrtiu v nemocnici)

potvrdenie z matriky o všetkých existujúcich pozostalých osobách zosnulého

V dňa:

.....

.....
podpis poisteného/oznamovateľa

Uvedené tlačivo vyplní ošetrujúci lekár poisteného 1 rok po vzniku úrazu.

Dňa utrpel poistený:

..... rodné číslo:.....

Úraz, z ktorého si nárokuje odškodnenie trvalých následkov. K umožneniu objektívneho prehodnotenia prosíme (žiadame) Vás ako ošetrujúceho lekára o zaslanie nasledovnej správy:

1. Aké trvalé následky zanechal uvedený úraz (opis objektívnych príznakov a porúch funkcie)?
2. Sú uvedené odchýlky v zdravotnom stave zapríčinené len úrazom? Nebol postihnutý orgán poškodený už pred úrazom? Ak áno, v akom rozsahu?
3. Nemajú na celkový rozsah trvalých následkov vplyv chorobné zmeny nesúvisiace s úrazom?
4. Ak sú obmedzenia hybnosti akého stupňa (označte) ľahkého, stredného, ťažkého?
5. Je liečenie uvedeného úrazu ukončené a dnešný stav trvalý?
V dňa
..... podpis a pečiatka ošetrujúceho lekára
Meno lekára:
Peňažný ústav:
Číslo účtu: