



UNIQA poisťovňa, a.s.
Lazaretská 15, 820 07 Bratislava 27
Slovenská republika
IČO: 00 653 501
DJČ: 2021096242,
IČ DPH: SK7020000229
Obchodný register
Okresného súdu Bratislava I
Oddiel: Sa, vložka číslo: 843/B

OZNÁMENIE POISTNEJ UDALOSTI Z POISTENIA TRVALÝCH NÁSLEDKOV PO ÚRAZE

Čísla PZ, z ktorých si uplatňuje nárok na plnenie:	
Poistený	priezvisko, meno, titul:

	rodné číslo: _____ tel. číslo: _____
	adresa: _____ PSČ: _____
	povolanie: _____
Meno a adresa lekára a zdravotníckeho zariadenia, kde je evidovaná zdravotná dokumentácia:	
K úrazu došlo	dňa: _____ o: _____ hod., miesto: _____

	za akých okolností: _____
Ktorá časť tela bola poranená?	
Bola poranená časť tela už pred úrazom poškodená? V akom rozsahu?	
K úrazu došlo	I. Počas pracovnej činnosti (činnosť, ktorú ste práve vykonávali): _____
	II. Počas mimopracovnej činnosti (bližšie označte zdroj príčiny úrazu): _____
	<input type="checkbox"/> 1 manipulácia so strojmi (nástrojmi) <input type="checkbox"/> 2 pád <input type="checkbox"/> 3 zavalenie
	<input type="checkbox"/> 4 výbuch, chemikálie, strelné zbrane <input type="checkbox"/> 5 popáleniny, omrzliny, jedy
	<input type="checkbox"/> 6 napadnutie zvieratami <input type="checkbox"/> 7 čin inej osoby
	<input type="checkbox"/> 4 dopravné prostriedky: pri motorových vozidlách <input type="checkbox"/> vodič <input type="checkbox"/> spolucestujúci ŠPZ:
Mená a adresy svedkov úrazu:	
Prípado vyšetřoval:	
Vyhlasujem, že som na všetky otázky zodpovedal pravdivo a úplne, a že som si vedomý dôsledkov nesprávnych odpovedí na povinnosť poisťovne plniť. Súhlasím s tým, aby si poisťovňa UNIQA, a.s. vyžiadala všetku potrebnú zdravotnú dokumentáciu o mojom liečení a zdravotnom stave.	
Poistené plnenie mi poukážete na:	adresa: _____ PSČ: _____
	číslo účtu: _____ (pri sporožírre aj špec. symbol): _____
V	dňa: _____

	podpis poisteného, osoby uplatňujúcej nárok na plnenie

SPRÁVA O OŠETRENÍ ÚRAZU

Kedy a kde došlo podľa zdravotnej dokumentácie k prvému lekárskeму ošetreniu? dňa: _____ o: _____ hod., miesto: _____

Podrobný popis telesného poškodenia úrazom:

Spôsob ošetrenia:

Diagnóza poranenia (poranení):

Opis rtg. nálezu

Bola poranená časť tela už pred úrazom funkčne 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?

Adresy zdravotníckych zariadení, kde bol poistený pre uvedený úraz hospitalizovaný

kde: _____ odkedy: _____ dokedy: _____

Zodpovedá telesné poškodenie úrazového deju uvedenému na prednej strane tlačiva? áno nie

Je predpoklad, že úraz zanechá trvalé následky? Ak áno, akého druhu a rozsahu?

Je liečenie skončené a dnešný stav nezmeniteľný? Ďalšie oznámenia ošetrujúceho lekára:

V _____ dňa: _____
_____ podpis a pečiatka lekára

Údaje o lekárovi meno a priezvisko lekára: _____ PSČ: _____

peňažný ústav : _____ číslo účtu: _____