

Oznámenie úrazu

Pre urýchlenie likvidácie je potrebné, aby ste odpovedali na všetky otázky čo najpresnejšie, najvýstižnejšie a pravdivo. Správne odpovede označte krížikom v príslušnom štvorčeku a uveďte odpovede na doplnkové otázky. **Priložte všetky dostupné doklady a lekárske správy.**

Po vyplnení prvej strany odovzdajte toto oznámenie ošetrojúcemu lekárovi na vyplnenie druhej strany a obratom doručte do poisťovne. Ak nestačí miesto na vyplnenie, uveďte údaje na samostatnej prílohe.

Meno poisteného	
Ulica a číslo domu	
PSČ / Mesto (Obec)	
Rodné číslo poisteného	
Číslo Poistnej zmluvy	
Tel. číslo	
e-mail	
Číslo účtu, resp. adresu pre výplatu poistného plnenia	

Kedy došlo k úrazu	dňa o : hod.	Miesto úrazu
Okolnosti vzniku úrazu (uveďte podrobne ako a pri akej činnosti k úrazu došlo)		
Názov a adresa zdrav. zariadenia, ktoré poskytlo prvé ošetrovanie		
Názov a adresa zdrav. zariadenia, kde bol úraz liečený		
Uveďte zranenia a poškodené časti tela		
Mali ste už niektoré z hlásených poškodení pred úrazom?	<input type="checkbox"/> nie	<input type="checkbox"/> áno uveďte aké a kedy
Došlo k úrazu pri výkone povolania?	<input type="checkbox"/> nie	<input type="checkbox"/> áno uveďte adresu pracoviska povolania (pracovné zaradenie)
Označte alebo opíšte zdroj, ktorý bol príčinou úrazu	<input type="checkbox"/> - manipulácia so strojmi nástrojmi alebo materiálom <input type="checkbox"/> - spadnutie, šmyknutie <input type="checkbox"/> - pád predmetov, zavalenie a pod. <input type="checkbox"/> - dopravné prostriedky: osobné, nákladné, vlak, iné <input type="checkbox"/> - účastník dopravy, chodec <input type="checkbox"/> - výbuch, chemikálie, strelné zbrane, elektrina <input type="checkbox"/> - popáleniny, plyny, žieraviny, jedy, omrznutia, žiarenie, poleptanie <input type="checkbox"/> - napadnutie inou osobou alebo zvieratami <input type="checkbox"/> - iný zdroj	
Ak ide o úraz pri telovýchovnej alebo športovej činnosti, uveďte	bola činnosť organizovaná? <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> ÁNO – akou organizáciou? pre aký šport máte registračný preukaz? vykonávate tento šport aktívne? <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> ÁNO – v akej súťaži?	

Údaje o chorobe (vyplňte iba v prípade nárokovania si poistného plnenia v dôsledku choroby)

Charakteristika ochorenia (uveďte z titulu akého ochorenia si nárokuje poistné plnenie)
Trpeli ste týmto ochorením už v minulosti? <input type="checkbox"/> ÁNO <input type="checkbox"/> NIE
Kedy bolo ochorenie diagnostikované (prvé príznaky ochorenia):
Bolo ochorenie klasifikované ako choroba z povolania? <input type="checkbox"/> ÁNO <input type="checkbox"/> NIE

Pre účely zistenia konfliktu záujmov prehlasujem, že som:	
a) v zamestnaneckom, či inom obdobnom pracovnoprávnom vzťahu k spoločnosti Colonnade	<input type="checkbox"/> áno <input type="checkbox"/> nie
b) príbuzným (rodič, dieťa, prarodič, vnuk, vnučka, súrodenec, manžel/ka) zamestnanca spoločnosti Colonnade	<input type="checkbox"/> áno <input type="checkbox"/> nie
c) finančným sprostredkovateľom v zmysle osobitného zákona pre spoločnosť Colonnade	<input type="checkbox"/> áno <input type="checkbox"/> nie

Vyhlasujem, že všetky moje odpovede na písomné otázky poistiteľa, ako aj všetky údaje, ktoré som uviedol v tomto oznámení sú pravdivé a úplné a že som si vedomý možných dôsledkov v prípade zamlčania závažných okolností alebo uvedenia nesprávnych informácií.

Svojim podpisom na tomto oznámení dávam poisťiteľovi súhlas na spracúvanie osobných údajov o mojom zdravotnom stave, ktoré sú uvedené v tomto oznámení, vo vyhotoveniach lekárskeho správ, výpisoch zo zdravotnej dokumentácie a ktorých spracúvanie je nevyhnutné na účely plnenia zmluvných a zákonných práv a povinností poistiteľa, a to v súvislosti so šetrením príčin vzniku poistnej udalosti a rozsahu povinností poistiteľa plniť. Uvedený súhlas je platný na dobu šetrenia poistnej udalosti a na dobu potrebnú na zabezpečenie plnenia práv a povinností poistiteľa v súvislosti s poskytnutím poistného plnenia v zmysle platnej legislatívy.

Súhlasím s tým, aby poisťiteľ zisťoval a prešetroval môj zdravotný stav u všetkých lekárov, v zdravotníckych zariadeniach a v zariadeniach poskytujúcich zdravotnú starostlivosť, v ktorých som sa liečil alebo sa budem liečiť.

Zbavujem povinnosti zachovávať mlčanlivosť voči poisťiteľovi a splnomocňujem lekára, zdravotnícke zariadenie a zariadenia poskytujúce zdravotnú starostlivosť k vyhotoveniu lekárskeho správ, výpisov zo zdravotnej dokumentácie, ako aj k jej zapožičaniu za účelom šetrenia poistných udalostí i na dobu po mojej smrti.

Zároveň potvrdzujem, že mi boli poskytnuté Informácie o spracúvaní osobných údajov podľa článkov 13 a 14 nariadenia Európskeho parlamentu a Rady 2016/679 o ochrane fyzických osôb pri spracúvaní osobných údajov a o voľnom pohybe takýchto údajov, ktoré sú prístupné aj na webovom sídle poisťiteľa www.colonnade.sk.

V dňa
Meno, podpis poisteného

LEKÁRSKA SPRÁVA

Meno pacienta:

Dátum narodenia:

Prosíme ošetrojúceho lekára, ktorý ošetroval úraz uvedený na prvej strane tohto oznámenia, aby podľa zisteného rozsahu a druhu telesných zranení a zdravotnej ujmy vyplnil túto stranu oznámenia.

Kedy došlo k prvému lekárskemu ošetrovaniu?	dňa	o : hod.
Diagnóza a podrobný popis telesného poškodenia úrazom / chorobou		
Spôsob liečby (podrobne popíšte)		
Nález RTG s popisom		
Doliečenie (PN od kedy – do kedy)		

Došlo k úrazu pod vplyvom alkoholu alebo iných omamných alebo toxických látok?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	- Aké boli príznaky
	nie	áno	
Bola niektorá z poranených častí tela úrazom pred úrazom funkčne postihnutá?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	- Aká a ako
	áno	nie	
Ak došlo k predĺženiu priemerného času nevyhnutného liečenia v dôsledku komplikácií, uveďte príčinu a druh komplikácie			
Kde bol zranený hospitalizovaný	Kde		
	Od kedy Do kedy		
Je predpoklad, že úraz zanechá trvalé následky?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Aký druh a rozsah
	nie	áno	
Ostatné zdravotné oznámenia lekára			

Potvrdzujem, že údaje v LEKÁRSKEJ SPRÁVE súvisia s osobou uvedenou na opačnej strane formulára Oznámenia úrazu a som si vedomý (á) dôsledku nepravdivých odpovedí.	
Názov a adresa zdravotníckeho zariadenia:	
Kontakt (tel., e-mail):	
V	dňa
pečiatka a podpis lekára	