



Oznámenie trvalých následkov úrazu

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

- Nárok na poistné plnenie za trvalé následky úrazu vzniká:
 - v prípade ukončenia liečenia, ak je zdravotný stav ustálený
 - v prípade ak zdravotný stav nie je ustálený, po 3 rokoch odo dňa úrazu
- „Lekársku správu“ (viď druhá strana) predložte na vyplnenie svojmu ošetrojúcemu lekárovi, ktorý má k dispozícii zdravotnú dokumentáciu týkajúcu sa Vášho úrazu
- Zašlite nám vyplnené tlačivá spolu s fotokópiou zdravotnej dokumentácie, vrátane popisov RTG snímok týkajúcich sa Vášho úrazu
- Na prípadnú zdravotnú prehliadku Vás vyzve zamestnanec poisťovne, resp. odborný lekár. Postupujte podľa pokynov uvedených v predvolaní na prehliadku. Účelne vynaložené náklady spojené s lekárskou prehliadkou znáša poisťovňa (podľa predložených dokladov).
- Odškodnenie trvalých následkov bude vyplatené po ukončení likvidačného šetrenia poisťovňou.

Meno poisteného		Číslo Poistnej udalosti z hlásenia úrazu	
Bydlisko		Tel. číslo	
PSČ / Mesto (Obec)		e-mail	
Rodné číslo poisteného		Číslo účtu, resp. adresu pre výplatu poistného plnenia	

Dátum a čas úrazu	dňa o : hod.	
Miesto vzniku úrazu		
Podrobný popis vzniku a priebehu úrazu		
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 počas liečenia alebo rekonvalescencie k udalosti majúcej vplyv na zhoršenie zdravotného stavu?	<input type="checkbox"/> nie	<input type="checkbox"/> áno Uveďte aká:
Bol Vám priznaný invalidný dôchodok?	<input type="checkbox"/> nie	<input type="checkbox"/> áno Kedy: Z akého dôvodu:

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.

Svojím podpisom na tomto oznámení dávam poistiteľovi 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 poistiteľ 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 povinnosť zachovávať mlčanlivosť voči poistiteľovi 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.

Údaje o oprávnenej osobe (len v prípade smrti poisteného)

Meno a Priezvisko		Rodné č.:	
Vzťah k poistenému	<input type="checkbox"/> manžel/ka	<input type="checkbox"/> súrodenec	<input type="checkbox"/> rodič <input type="checkbox"/> iný:
Kontaktná adresa			
e-mail:		tel.:	

Pre účely zistenia konfliktu záujmov prehlasujem, že som:

- | | | |
|---|------------------------------|------------------------------|
| a) v zamestnanectve, 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 |

V dňa
Meno, podpis **poisteného** (oprávnenej osoby)

LEKÁRSKA SPRÁVA

Meno pacienta:

Dátum narodenia:

Aké trvalé následky úraz zo dňa zanechal?	Popis objektívnych príznakov, najmä poruchy funkcií tých častí ľudského organizmu, ktoré boli úrazom postihnuté, pri jazvách uveďte presne ich veľkosť (dĺžka, plocha), tvar (vypuklosť) a lokalizáciu:
---	---

Nastali zistené zmeny zdravotného stavu výlučne úrazom?	<input type="checkbox"/> áno	<input type="checkbox"/> nie	Prečo?
Majú vplyv na rozsah trvalých následkov úrazu choroby s úrazom nesúvisiace?	<input type="checkbox"/> nie	<input type="checkbox"/> áno	Aké (napr. diabetes mellitus, chronické ochorenie pečene a pod.) ?
Je liečenie úrazu skončené a súčasný stav ustálený?	<input type="checkbox"/> áno	<input type="checkbox"/> nie	Prečo? Prognóza
Bola poranená končatina alebo orgán funkčne alebo inak postihnutá (-ý) už pred týmto úrazom?	<input type="checkbox"/> nie	<input type="checkbox"/> áno	Kedy? Ako? V akom rozsahu?
Došlo počas liečenia alebo rekonvalescencie k udalosti majúcej vplyv na zhoršenie zdravotného stavu?	<input type="checkbox"/> nie	<input type="checkbox"/> áno	Úveďte aká

Iné oznamy lekára:

V prípade požiadavky revízneho lekára poisťovne vyslovuje odborný lekár súhlas k účinnej spolupráci. V nutných prípadoch prosíme o spoluprácu pri zapožičaní RTG snímok pre potreby posúdenia trvalých následkov odborným lekárom poisťovne.	
Potvrdzujem, že údaje v LEKÁRSKEJ SPRÁVE súvisia s osobou uvedenou na opačnej strane formulára Oznamenia trvalých následkov úrazu a som si vedomý (á) dôsledku nepravdivých odpovedí.	
Názov a adresa zdravotníckeho zariadenia:	
Kontakt (tel., e-mail):	
V	dňa
	pečiatka a podpis lekára