



<p>Vykonávate tento šport aktívne? Ak áno, v akej súťaži?</p> <p>Ak ide o úraz pri telovýchovnej alebo športovej činnosti, uveďte, či bola organizovaná, a ak áno, ktorou organizáciou:</p>
<p>Meno, adresa a telefón lekára, v evidencii ktorého je uložená kompletná zdravotná dokumentácia poisteného:</p>
<p>Kde bolo poskytnuté prvé ošetrovanie (adresa zdravotníckeho zariadenia, meno lekára, telefón, dátum, čas):</p>
<p><b>Údaje o priznaní invalidného dôchodku zo Sociálnej poisťovne</b> (vyplňuje poistený)</p> <p>Invalidný dôchodok priznaný zo Sociálnej poisťovne s účinnosťou od ..... z dôvodu úrazu <input type="checkbox"/> choroby <input type="checkbox"/></p> <p>Adresa lekára, zdravotníckeho zariadenia, kde je uložená kompletná zdravotná dokumentácia .....</p> <p>..... pokles schopnosti vykonávať zárobkovú činnosť o ..... %</p>
<p><b>Údaja o hospitalizácii</b> (vyplňuje poistený)</p> <p><i>Vyplňte iba v prípade dojednania poistenia pre prípad hospitalizácie následkom úrazu (UH) alebo v prípade dojednania poistenia pre prípad hospitalizácie následkom úrazu alebo choroby (H)</i></p> <p>Hospitalizácia od ..... do ..... z dôvodu úrazu <input type="checkbox"/> choroby <input type="checkbox"/></p> <p>Názov a adresa nemocnice: .....</p> <p>Adresa lekára, zdravotníckeho zariadenia, kde je uložená kompletná zdravotná dokumentácia: .....</p> <p><i>K vyplnenému oznámeniu priložte fotokópiu prepúšťacej správy z nemocnice.</i></p>
<p><b>Údaja o pracovnej neschopnosti</b></p> <p><i>Vyplňte iba v prípade dojednania poistenia „Oslobodenie od platenia poistného, resp. náhrada poistného“ alebo v prípade dojednania poistenia „Mesačná výplata“</i></p> <p>Doba trvania pracovnej neschopnosti od ..... do .....</p> <p>K vyplnenému oznámeniu priložte fotokópiu pracovnej neschopnosti, resp. v prípade, že nemohla byť pracovná neschopnosť vystavená v súlade s platnými zákonnými úpravami, potvrdenie ošetrojúceho lekára na nasledujúcej strane tohto tlačiva.</p>
<p><b>Pokyny k výplati poistného plnenia</b> (vyplňuje poistený, resp. zákonný zástupca za maloletého poisteného)</p>
<p><b>Výplata poistného plnenia</b> (označte jednu z možností)</p> <p><input type="checkbox"/> Poukážete na číslo účtu v tvare IBAN: ..... SWIFT/BIC: .....</p> <p>Názov účtu príjemcu: .....</p> <p><input type="checkbox"/> Poukážete na OPÚ účet: .....</p> <p><input type="checkbox"/> Zašlite na adresu: .....</p>
<p><b>Prehlásenie zákonného zástupcu maloletého poisteného</b> (vyplňuje zákonný zástupca)</p> <p>Meno a priezvisko zákonného zástupcu ..... rodné číslo .....</p> <p>Vzťah k maloletému ..... telefón do zamestnania ..... telefón domov .....</p> <p>Čestne prehlasujem, že som oprávnený zastupovať a spravovať veci maloletého ..... a som si vedomý dôsledkov, ak som uviedol (a) v prehlásení nepravdivé údaje.</p> <p style="text-align: right;">Podpis zákonného zástupcu .....</p>

Prehlasujem, že som na všetky otázky uvedené vo formulári odpovedal pravdivo a úplne a že som si vedomý dôsledkov nesprávnych odpovedí na povinnosť poisťovateľa plniť. Súhlasím, aby si KOMUNÁLNA poisťovňa, a. s. Vienna Insurance Group vyžiadala všetku potrebnú dokumentáciu, vzťahujúcu sa k poistnej udalosti. Súčasne pozbavujem lekárov mlčanlivosti o všetkých skutočnostiach, týkajúce sa môjho (maloletého poisteného) zdravotného stavu.

Súhlasím s poskytnutím osobných údajov a ich spracovaním v informačnom systéme spoločnosti KOMUNÁLNA poisťovňa, a. s. Vienna Insurance Group.

V ..... dňa .....

.....  
podpis poisteného (jeho zákonného zástupcu, poisťníka)

**Pokyny:**

„Správa ošetrojúceho lekára“ vyplni ošetrojúci lekár.

Vyplnený formulár zašlite na adresu poisťovne.

## SPRÁVA OŠETRUJÚCEHO LEKÁRA

Ošetrojúci lekár potvrdzuje, že ošetroval poisteného ..... rod. číslo ....., ktorý je uvedený na prednej strane formuláru a zistil telesné poškodenie spôsobené úrazom  diagnózu pre uvedenú chorobu  vypracoval správu na základe zdravotnej dokumentácie .....

Prvé lekárske ošetrenie (podľa zdravotnej dokumentácie) bolo vykonané: dňa: ..... čas: .....  
meno lekára: ..... adresa zdravotníckeho zariadenia: .....

Zodpovedá rozsah telesného poškodenia úrazovému deju uvedenému na prednej strane tohto formuláru?  áno  nie

Diagnóza (slovensky - latinsky)

Podrobný popis telesného poškodenia spôsobeného úrazom s určením rozsahu a príčiny (pri zuboch číselne označiť poranený zub, pri poranení tváre uviesť, či bude potrebné estetické úprava)

RTG-nález s popisom (uved'te vždy pri úplných, neúplných zlomeninách a vytknutiach)

Bolo vykonané arthroscopické vyšetrenie?  áno  nie S akým záverom?

Bola vykonaná operácia?  áno  nie Aká?

Spôsob a druh ošetrenia/ liečenia (podrobný popis)

Pri rehabilitácii uved'te dôvod, formu, ako často a ako dlho bola vykonávaná

Bol poranený úd alebo orgán funkčne alebo inak postihnutý už pred úrazom?

Ak bola nutná rehabilitácia, uved'te dôvod, formu, dĺžku (koľkokrát týždenne)

Došlo k predĺženiu priemernej doby liečenia úrazu?  áno  nie Príčina a druh komplikácií:

Skutočná doba nevyhnutného liečenia úrazu (vrátane komplikácií) od ..... do ..... alebo predpokladaná doba liečenia podľa zistenej diagnózy, bez prihliadnutia k osobným zdravotným odchýlkam poraneného (napríklad telesná zdatnosť, vplyv predošlých ochorení a pod.) ..... týždňov.

Uved'te dátum, kedy sa ustálil zdravotný stav bez ďalšieho funkčného zlepšenia

**Údaje o pracovnej neschopnosti** Pracovná neschopnosť trvala od: ..... do: .....

Dôvod, pre ktorý nebol vystavený doklad o pracovnej neschopnosti .....

Bol poistený hospitalizovaný? Od: ..... do: ..... (adresa, oddelenie, meno ošetrojúceho lekára)

**Došlo k úrazu pod vplyvom:**

alkoholu  áno  nie intoxikácie  áno  nie omamných látok  áno  nie  
užitia narkotík  áno  nie iných látok  áno  nie duševnej choroby  áno  nie

V krvi bolo zistené ..... promile alkoholu ..... promile inej látky (uved'te akej)

Bolo príčinou úrazu úmyselné sebapoškodenie?  áno  nie

Predpokladáte, že úraz zanechá trvalé následky?  áno  nie

V akom pravdepodobnom rozsahu?

Prehlasujem, že uvedené údaje sú pravdivé, úplné a zodpovedajú skutočnosti.

V ..... dňa .....

.....  
pečiatka zdravotníckeho zariadenia a podpis ošetrojúceho lekára