

Vyplní poisťovňa:

Prijaté dňa:

Číslo poistnej udalosti:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

## SPRÁVA O TRVALÝCH NÁSLEDKoch ÚRAZU

### ÚDAJE O POISTENOM (vyplňuje poistený, resp. zákonný zástupca za maloletého poisteného)

Číslo poistnej zmluvy: .....

Meno a priezvisko poisteného: ..... Rodné číslo: ..... / .....

Adresa: ..... PSČ: .....

Zamestnanie .....

Adresa zamestnávateľa .....

Telefón domov: ..... Telefón do zamestnania: .....

Dátum vzniku úrazu: .....

Ktorá časť tela bola poranená?

Ste  pravák  ľavák

Bola táto časť tela funkčne alebo inak postihnutá už pred týmto úrazom?

### POKINY K VÝPLATE POISTNÉHO PLNENIA (vyplňuje poistený, resp. zákonný zástupca za maloletého poisteného)

**Pokyny k výplате poistného plnenia** (označte jednu z možností)

Poukážete na číslo účtu v tvare IBAN: ..... SWIFT/BIC: .....

Názov účtu príjemcu: .....

Poukážete na OPÚ MAX číslo: .....

Zašlite na adresu: .....

**Prehlásenie zákonného zástupcu maloletého poisteného** (vyplňuje zákonný zástupca)

Meno a priezvisko zákonného zástupcu: ..... Rodné číslo: ..... / .....

Vzťah k maloletému: ..... Tel. do zamestnania: ..... Tel. domov: .....

Čestne prehlasujem, že som oprávnený zastupovať a spravovať veci maloletého .....

a som si vedomý dôsledkov, ak som uviedol(a) v prehlásení nepravdivé údaje.

Podpis zákonného zástupcu: .....

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 spoločnosť KOMUNÁLNA poisťovňa, a.s. Vienna Insurance Group vyžiadala všetku potrebnú dokumentáciu, vzťahujúcu sa k poistnej udalosti. Súčasne pozbavujem lekárov mlčanlivosti o všetkých skutočnostiach, týkajúcich 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.

**Pokyny:**

Druhú stranu „Správa ošetrojúceho lekára“ vyplní ošetrojúci lekár.

Vyplnený formulár zašlite na adresu poisťovne.

## SPRÁVA OŠETRUJÚCEHO LEKÁRA

Ošetrojúci lekár potvrdzuje, že ošetroval osobu, ktorá je uvedená na prednej strane tohto formuláru a zistil nižšie uvedené telesné poškodenia a zdravotné ujmy tohto druhu a rozsahu:

1. Aké trvalé následky úraz zanechal?

(Popis objektívnych príznakov, najmä stratu, prípadne stratu funkčnosti tých častí organizmu, ktoré boli úrazom postihnuté)

- V prípade zranenia končatiny presný popis obmedzenia funkcie, hybnosti, svalovej sily atď. v porovnaní so zdravou končatinou.
- V prípade zranenia oka – visus – stupeň poškodenia oproti fyziologickému nálezu a stavu pred zranením.
- V prípade zranenia ucha – sluch – stupeň poškodenia oproti fyziologickému nálezu a stavu pred zranením.
- Pri jazvách uviesť presne ich veľkosť – dĺžka, plocha, tvar – vypuklosť, lokalizáciu.

2. Diagnóza

3. Nastali zistené odchýlky v zdravotnom stave výlučne následkom úrazu?

4. Majú vplyv na celkový rozsah trvalých následkov úrazu stavy, ktoré s úrazom nesúvisia? Ak áno, aké?

5. Je liečenie skončené, súčasný stav ustálený?

Ak nie, uveďte prognózu:

6. Bola poranená končatina alebo orgán funkčne alebo inak postihnutá už pred týmto úrazom?

7. Ostatné oznámenia ošetrojúceho lekára

8. Meno a adresa ošetrojúceho lekára

Čestne prehlasujem, že som zodpovedal(a) pravdivo a úplne na všetky otázky a som si vedomý(á) dôsledku nepravdivých odpovedí.

V ..... dňa .....

.....  
pečiatka a podpis ošetrojúceho lekára

## INÉ ZÁZNAMY (vyplní poisťovňa)