

OZNÁMENIE O ÚRAZE

Poistník - názov firmy, IČO:	Čísla poistných zmlúv, z ktorých si uplatňujete nárok na poistné plnenie:	
Poistený – priezvisko, meno:	Druh poistenia (životné, úrazové, ostatné):	
Adresa:	Dátum narodenia:	Tel. č.:
Povolanie (uvedte súčasné povolanie):	Adresa zamestnávateľa:	

Uvedte meno a adresu Vášho lekára a prípadne odborných lekárov, ktorí majú záznamy o Vašom zdravotnom stave:	
Dátum a hodina, kedy došlo k poistnej udalosti:	
Miesto vzniku poistnej udalosti:	
Miesto, adresa prvého lekárskeho ošetrovania:	
Opíšte podrobne spôsob a okolnosti vzniku úrazu:	
Ktorá časť tela bola poranená?	
Bola poranená časť tela už pred úrazom funkčne poškodená? áno <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/>	
K úrazu došlo pri: <input type="checkbox"/> pracovnej činnosti <input type="checkbox"/> mimopracovnej činnosti <input type="checkbox"/> športovej činnosti	
Ak došlo k úrazu pri športovej činnosti, uveďte druh športu, ktorý vykonávate:	
Ste registrovaný v športovom klube? áno <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> Ak áno, uveďte názov a presnú adresu:	
K úrazu došlo pri: <input type="checkbox"/> tréningu <input type="checkbox"/> súťaži <input type="checkbox"/> rekreačnom športovaní	
Ak ide o úraz pri dopravnej nehode, uveďte mená a adresy svedkov:	
Ak ide o úraz v motorovom vozidle, uveďte druh a typ vozidla :	ŠPZ:
Meno a adresa majiteľa vozidla:	
Meno a adresa vodiča:	
Boli zranené aj iné spolucestujúce osoby? áno <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> Ak áno, uveďte mená a adresy:	
Vyšetroval udalosť orgán polície? áno <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> Ak áno, uveďte adresu:	
Bola urobená skúška na hladinu alkoholu v krvi? áno <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/>	
Úrazové poistenie mám aj v inej poisťovni: áno <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> Ak áno, uveďte presný názov a adresu poisťovne:	
Plnenie žiadam poukázať na adresu: alebo účet č.: vedený v:	

Prehlasujem, že som na všetky otázky odpovedal pravdivo a úplne a som si vedomý možných dôsledkov v prípade zamlčania závažných okolností alebo uvedenia nesprávnych informácií. Súhlasím, aby si Union poisťovňa, a.s. vyžiadala všetku potrebnú dokumentáciu o mojom liečení a zdravotnom stave.

Upozornenie pre klienta:

Nárok na dennú náhradu v prípade pracovnej neschopnosti nevzniká, ak pracovná neschopnosť nepresiahne dobu 21 dní.

K Oznámeniu o úraze priložte prosím fotokópiu potvrdenia o pracovnej neschopnosti vzťahujúcu sa k úrazu.

V dňa:

.....
Podpis poisteného (poistníka, oprávnenej osoby)

SPRÁVA OŠETRUJÚCEHO LEKÁRA

Zodpovedá rozsah telesného poškodenia úrazovému deju, ktorý je uvádzaný v Oznámení o úraze?	áno <input type="checkbox"/>	nie <input type="checkbox"/>
Kedy došlo (podľa zdravotnej dokumentácie) k prvému lekárskeму ošetrovaniu?	Dňa ohod	
Diagnóza vlastného zranenia (podľa MKCH-10), uveďte prípadnú zmenu diagnózy v priebehu liečenia:		
Uveďte podrobný opis telesného poškodenia spôsobeného úrazom s určením jeho rozsahu:		
RTG nález s opisom:		
Spôsob a druh ošetrovania (podrobne opíšte):		
Podľa zistenej diagnózy telesného poškodenia (bez prihliadnutia k osobným zdravotným odchýlkam pacienta na vplyv predošlého ochorenia) uveďte: Predpokladaný čas nevyhnutného liečenia je týždňov Nevyhnutná doba liečby trvala: od: do: Skutočný čas nevyhnutného liečenia úrazu: od: do:		

Bol poranený úd alebo orgán už pred úrazom funkčne postihnutý? V akom rozsahu?	áno <input type="checkbox"/>	nie <input type="checkbox"/>
Bol priebeh liečby úrazu komplikovaný?	áno <input type="checkbox"/>	nie <input type="checkbox"/>
Ak nastali komplikácie, uveďte druh a príčinu ich vzniku:		
Kde bol pacient hospitalizovaný? Uveďte adresu nemocničného zariadenia:		
Meno ošetrojúceho lekára:		
Hospitalizácia v súvislosti s úrazom trvala od: do:		
Aké trvalé následky a v akom rozsahu predpokladáte, že úraz zanechá?		
Vznikol úraz následkom požitia alkoholu alebo toxických látok? Ak áno, o aké toxické látky išlo?	áno <input type="checkbox"/>	nie <input type="checkbox"/>
Zistené ‰ alkoholu v krvi:		

POTVRDENIE O DOČASNEJ PRACOVNEJ NESCHOPNOSTI

Deň vystavenia dokladu o pracovnej neschopnosti:	číslo dokladu PN:
Pracovná neschopnosť trvala od: do:	
Doklad o pracovnej neschopnosti bol poslaný na správu sociálneho zabezpečenia – adresa:	

V dňa:

.....
Pečiatka a podpis ošetrojúceho lekára