

OZNÁMENIE O ÚRAZE

Nárok na poistné plnenie za čas nevyhnutného liečenia úrazu vzniká, ak čas liečenia je dlhší ako 2 týždne. Pri uplatnení nároku v dôsledku úrazu k tlačivu poisťovne vždy priložte kópie všetkých lekárske správ z ošetrovania a liečby úrazu. V prípade, že úraz riešila polícia, predložte kópiu správy z vyšetrovania.

Poisťovňa v súvislosti s poistnou udalosťou nie je povinná hradiť náklady spojené so zaobstarávaním zdravotnej dokumentácie od lekára, či zdravotníckeho zariadenia v Slovenskej republike (SR) ani sídliačeho mimo SR, nie je povinná hradiť ani náklady spojené s dopravou na lekársku prehliadku do Slovenskej republiky.

Ak k poistnej udalosti dôjde mimo Slovenskej republiky, je poistený alebo oprávnená osoba na výplatu poistného plnenia povinná predložiť poisťovní úradne overený preklad dokumentácie, alebo lekárske správy potvrdené odborným lekárom na území Slovenskej republiky. Náklady spojené s predložením požadovanej dokumentácie znáša poistený, resp. oprávnená osoba na výplatu poistného plnenia.

Vyplnené a podpísané tlačivo spolu s požadovanými dokladmi zašlite na adresu: KOOPERATIVA poisťovňa, a.s. Vienna Insurance Group, so sídlom Štefanovičova 4, 816 23 Bratislava, alebo online <https://kooperativa.sk/poistne-udalosti/poistne-udalosti-zivot-a-uraz>.

POISŤOVŇA

KOOPERATIVA poisťovňa, a.s. Vienna Insurance Group

Štefanovičova 4, 816 23 Bratislava 1

IČO: 00 585 441

DIČ: 2020527300

IČ DPH: SK7020000746

Spoločnosť je členom skupiny pre DPH.

Registrácia: Obchodný register Okresného súdu BA I., odd: Sa, vložka 79/B

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

Číslo poistnej zmluvy (z poistky). Uveďte všetky čísla poistných zmlúv, ktorými je riziko úrazu poistené:

Priezvisko	Meno, titul	Rodné číslo
Adresa bydliska/korešpondenčná adresa k poistnej udalosti		Telefonický kontakt

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

Dátum úrazu	Hodina úrazu	Miesto úrazu
Prvé ošetrovanie bolo poskytnuté dňa		o hod
Popis úrazového deja (aká činnosť bola v čase úrazu vykonávaná, príčina úrazu)		
Popis poranenia		Ste pravák ľavák
Došlo k úrazu pri športe? áno nie		Vykonávate šport súťažne alebo pod registráciou v športovom klube? áno nie
Názov a adresa organizácie, resp. športového klubu		Odkedy? Ktorá liga (upresniť číslom)
Bola táto časť tela už predtým funkčne postihnutá (úrazom, chorobou)? áno nie	Kedy?	Aké poranenie?
Adresa lekára, zdravotníckeho zariadenia, kde ste sa liečili		Telefonický kontakt
Adresa lekára, zdravotníckeho zariadenia, kde je uložená kompletná zdravotná dokumentácia		Telefonický kontakt
Došlo k úrazu pri dopravnej nehode? áno nie		ŠPZ
Vyšetrovala úraz polícia? áno nie	Adresa polície	

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

Poistné plnenie žiadam poukázať:

na adresu		PSČ
na účet (IBAN)		Názov banky
áno Vyhlasujeme, že som majiteľom uvedeného účtu	nie Účet patrí manželovi, manželke alebo blízkym osobám uveďte vlastníka účtu a vzťah	

VYHLÁSENIE ZÁKONNÉHO ZÁSTUPCU MALOLETÉHO POISTENÉHO (vyplňuje zákonný zástupca maloletého poisteného)

Priezvisko zákonného zástupcu	Meno, titul	Rodné číslo
Vzťah k maloletému		Telefonický kontakt
Ste politicky exponovaná osoba? nie áno ¹	Ste sankcionovanou osobou? nie áno ¹	

Čestne vyhlasujem, že som oprávnený zastupovať a spravovať veci maloletého a som si vedomý(á) dôsledkov, ak by som uviedol(a) vo vyhlásení nepravdivé údaje. Beriem na vedomie, že KOOPERATIVA poisťovňa, a.s. Vienna Insurance Group spracúva osobné údaje uvedené v tomto oznámení v súlade s Nariadením Európskeho parlamentu a Rady (EÚ) 2016/679 z 27. apríla 2016 o ochrane fyzických osôb pri spracúvaní osobných údajov a o voľnom pohybe takýchto údajov, ktorým sa zrušuje smernica 95/46/ES (všeobecné nariadenie o ochrane údajov) a príslušnými slovenskými právnymi predpismi. Zároveň poisťovňa informuje dotknutú osobu, že informácie o spracúvaní osobných údajov je možné nájsť na webovej stránke www.kooperativa.sk.

Podpis zákonného zástupcu

POTVRDENIE ZAMESTNÁVATEĽA ALEBO ORGANIZÁCIE, ktorá dojednala poistenie v prospech poisteného

V zmysle poistnej zmluvy došlo k úrazu pri činnosti pracovnej mimopracovnej		Pečiatka a podpis zamestnávateľa (organizácie)	
Poistná suma - za čas nevyhnutného liečenia úrazu			
Poistná suma - za trvalé následky úrazu			
Poistná suma - za PN		V	Dňa

SÚHLAS NA SPRACOVANIE OSOBNÝCH ÚDAJOV

Vyhlasujem, že som odpovedal pravdivo, úplne a uvedené údaje zodpovedajú skutočnosti.

Beriem na vedomie, že KOOPERATIVA poisťovňa, a.s. Vienna Insurance Group spracúva osobné údaje uvedené v tomto oznámení ako aj iné osobné údaje poskytnuté v súvislosti s poistnou zmluvou v súlade s Nariadením Európskeho parlamentu a Rady (EÚ) 2016/679 z 27. apríla 2016 o ochrane fyzických osôb pri spracúvaní osobných údajov a o voľnom pohybe takýchto údajov, ktorým sa zrušuje smernica 95/46/ES (všeobecné nariadenie o ochrane údajov) a príslušnými slovenskými právnymi predpismi. Zároveň poisťovňa informuje dotknutú osobu, že informácie o spracúvaní osobných údajov je možné nájsť na webovej stránke www.kooperativa.sk.

Súhlasím, aby spoločnosť KOOPERATIVA poisťovňa, a.s. Vienna Insurance Group spracúvala moje osobné údaje týkajúce sa môjho zdravotného stavu a to ich zisťovaním a preverovaním (a následným spracúvaním týchto údajov) vo všetkých zdravotníckych zariadeniach poskytujúcich zdravotnú starostlivosť a u všetkých lekárov ako aj získavaním výpisov zo zdravotnej dokumentácie a zapožičaním zdravotnej dokumentácie za účelom zistenia pravdivosti mnou uvedených informácií v poistnej zmluve a posúdenia poistnej udalosti. Zároveň v uvedenom rozsahu zbavujem mlčanlivosti voči Spoločnosti všetkých lekárov v otázkach súvisiacich s mojim zdravotným stavom.

Beriem na vedomie, že môj súhlas so spracovaním osobných údajov môžem kedykoľvek odvolať zaslaním písomného odvolania na adresu sídla Spoločnosti.

ÁNO, DÁVAM SÚHLAS NIE, NEDÁVAM SÚHLAS

Ste politicky exponovanou osobou? nie áno ¹	Ste sankcionovanou osobou? nie áno ¹
---	--

V	Dňa	Úradne overený podpis poisteného resp. zákonného zástupcu poisteného*	Číslo dokladu totožnosti
---	-----	---	--------------------------

* Identifikáciu a overenie identifikácie je oprávnený vykonať zamestnanec spoločnosti KOOPERATIVA poisťovňa, a.s. Vienna Insurance Group na jej obchodnom mieste, pobočke alebo priamo v sídle spoločnosti alebo finanční agenti v sektore poistenia a zaistenia (namiesto úradne overeného podpisu u notára alebo na matrike).

Dátum	Čitateľne meno a priezvisko/názov osoby ² , ktorá identifikovala klienta ³	Osobné číslo alebo registračné číslo v NBS osoby, ktorá identifikovala klienta/obchodný názov firmy (prípadne pečiatka)
Podpis osoby, ktorá identifikovala klienta		

¹ V prípade označenia možnosti Áno, je potrebné kontaktovať zodpovednú osobu (pred vykonaním akéhokoľvek úkonu)² V prípade právnickej osoby sa uvádza aj meno a priezvisko osoby oprávnenej za ňu konať (prípadne pečiatka).³ V prípade podriadeného finančného agenta sa uvádza aj meno a priezvisko/názov samostatného finančného agenta, s ktorým má uzatvorenú zmluvu o sprostredkovaní. Zároveň sa uvádza obchodný názov firmy, pre ktorú pracuje.

SPRÁVA OŠETRUJÚCEHO LEKÁRA Náklady spojené s vypísaním tlačiva pre poisťovníu znáša poistený, resp. oprávnená osoba na výplatu poistného plnenia.

Meno a priezvisko ošetrojúceho lekára				
Názov a adresa zdravotníckeho zariadenia			PSČ 	
Telefonický kontakt		E-mail		
Ošetrojúci lekár potvrdzuje, že poisteného: Meno a priezvisko poisteného			Rodné číslo 	
ošetroval úrazom postihnutého poisteného a zistil telesné poškodenie spôsobené úrazom vypracoval správu o úraze na základe zdrav. dokumentácie z liečenia úrazu poisteného vystavenej zdravotníckym zariadením:				
Prvé lekárske ošetrenie úrazu (podľa zdrav. dokumentácie) bolo:		dňa	o hod.	
v zdravotníckom zariadení			Telefonický kontakt	
Podrobný popis telesného poškodenia spôsobeného úrazom s určením jeho rozsahu a príčiny				
Diagnóza vlastného zranenia (slovensky - latinsky, dg.MKCH)				
Zodpovedá rozsah telesného poškodenia úrazovému deju uvedenému na prednej strane tlačiva? áno nie Uveďte prečo:				
Môžete vylúčiť úmyselné sebapoškodenie poisteného? áno nie Uveďte prečo:				
Spôsob a druh ošetrenia (popis liečby, pri rehabilitácii uveďte frekvenciu, dobu i jej výsledky)				
Nález s opisom - RTG, MR, CT, Sono, iné... (uveďte vždy, ak bolo dané vyšetrenie vykonané)				
Bola vykonaná operácia? nie áno		Aká?		
Bol poistený hospitalizovaný? nie áno	od	do	Kde?	
Dôvod hospitalizácie				
Skutočná doba nevyhnutného liečenia úrazu (vrátane komplikácií)		od	do	Počet týždňov
Práceschopnosť v dôsledku liečenia úrazu trvala		od	do	Číslo PN
Meno a priezvisko lekára, adresa zdravotníckeho zariadenia, ktoré PN vystavilo				
Došlo k predĺženiu priemernej doby liečenia úrazu? nie áno		Uveďte príčinu a druh komplikácií (infekcia, zápal žíl a pod.)		
Predpokladáte, že úraz zanechá trvalé následky? nie áno		Krátko popíšte akého druhu a rozsahu?		
Bola poranená časť tela už pred úrazom funkčne postihnutá? nie áno		Ako a v akom rozsahu?		
Došlo k úrazu pod vplyvom alkoholu? nie áno		v krvi zistené ‰ alkoholu		
Došlo k úrazu pod vplyvom omamných, či toxických látok, drog? nie áno		Akých?		

Vyhlasujem, že uvedené údaje sú pravdivé, úplné a zodpovedajú skutočnosti.	V	Pečiatka a podpis ošetrojúceho lekára
	Dňa	