

OZNÁMENIE O TRVALÝCH NÁSLEDKOCH ÚRAZU

K tlačivu poisťovne priložte kópie všetkých lekárskejších správ z ošetrenia úrazu a kópiu potvrdenia ošetrujúceho lekára o druhu a rozsahu trvalých následkov úrazu. V prípade, že úraz prešetrovala polícia predložte aj kópiu správy z jej vyšetovania.

Pri vyplňaní tlačiva lekárom, je potrebné vyplniť tú prílohu, ktorá sa týka zanechaných trvalých následkov.

V prípade, ak ide o iný charakter trvalých následkov (ako sú jazvy, obmedzenie hybnosti), je potrebné popísať druh a rozsah trvalých následkov v Správe ošetrujúceho lekára, alebo predložiť kópiu lekárskej správy od odborného lekára s podrobným popisom druhu a rozsahu trvalého poškodenia po úraze.

Poisťovňa v súvislosti s poisťnou udalosťou nie je povinná hradíť náklady spojené so zaobstarávaním zdravotnej dokumentácie od lekára, či zdravotníckeho zariadenia sídlaceho mimo Slovenskej republiky, ani náklady spojené s dopravou na lekársku prehliadku do Slovenskej republiky. Ak k poisťnej udalosti dôjde mimo Slovenskej republiky, je poistený alebo oprávnená osoba na výplatu poisťného plnenia povinná predložiť poisťovní úradne overený preklad alebo lekárske správy potrebné na stanovenie rozsahu poisťného plnenia potvrdené odborným lekárom na území Slovenskej republiky. Náklady spojené s predložením požadovaných podkladov znáša poistený, resp. oprávnená osoba na výplatu poisťného plnenia.

Požadované doklady zašlite na adresu: KOOPERATIVA poisťovňa, a.s. Vienna Insurance Group, so sídlom Štefanovičova 4, 816 23 Bratislava, IČO 00 585 441, alebo online na www.kooperativa.sk.

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 poisťnej zmluvy (z poisťky). Uveďte všetky čísla poisťných zmlúv, ktorými je riziko úrazu poistené:

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

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

Dátum úrazu	Hodina úrazu	Miesto úrazu
Prvé ošetrenie 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	E-mail
Ste politicky exponovanou osobou? nie áno ¹		Ste sankcionovanou osobou? nie áno ¹	
<p>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. Spoločnosť KOOPERATIVA poisťovňa, a.s. Vienna Insurance Group Vás informuje, že osobné údaje dotknutých osôb spracúva 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) (ďalej len „Nariadenie“) a príslušnými slovenskými právnymi predpismi. Zároveň Vás informuje, že informácie o spracúvaní osobných údajov je možné nájsť aj na webovej stránke spoločnosti KOOPERATIVA poisťovňa, a.s. Vienna Insurance Group www.kooperativa.sk.</p>			
Dňa		Podpis zákonného zástupcu oprávnenej osoby	

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

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 údajov môžem kedykoľvek odvolať zaslaním písomného odvolania na adresu sídla Spoločnosti.

ÁNO, DÁVAM SÚHLAS NIE, NEDÁVAM SÚHLAS

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

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

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

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.

Meno a priezvisko ošetrujúceho lekára			
Názov a adresa zdravotníckeho zariadenia			PSČ _ _ _ _ _
Telefonický kontakt		E-mail	
Ošetrujúci 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
Popis telesného poškodenia spôsobeného úrazom s určením jeho rozsahu a príčiny			
Diagnóza vlastného zranenia (slovensky - latinsky, dg.MKCH)			
Zodpovedá rozsah telesného poškodenia úrazovému deju? áno nie Uveďte prečo:			
Môžete vylúčiť úmyselné sebaškodzenie poisteného? áno nie Uveďte prečo:			
Spôsob a druh ošetrovania (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
Práceschopnosť v dôsledku liečenia úrazu trvala		od	do
			Počet týždňov
			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.)	
Popis trvalých následkov úrazu - druh a rozsah trvalých následkov			
Druh a rozsah trvalých následkov po utrpenom poranení - uveďte podrobný popis rozsahu zanechaných trvalých následkov (napr. rozsah obmedzenia hybnosti, typ a rozmer jazvy atď.)			
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 ošetrujúceho lekára
	Dňa	



PRÍLOHA K OZNÁMENIU TRVALÝCH NÁSLEDKOV ÚRAZU - pri obmedzení hybnosti končatín

Náklady spojené s vypísaním tlačiva pre poisťovňu znáša poistený, resp. oprávnená osoba na výplatu poistného plnenia.

ÚDAJE O POISTENOM			
Číslo PZ:	Číslo PU:	Úraz zo dňa	
Priezvisko	Meno, titul	Rodné číslo	
Adresa bydliska			PSČ

POKYNY K VÝPLATE POISTNÉHO PLNENIA (vyplní osoba oprávnená na prevzatie poistného plnenia, ktorá žiada poistné plnenie poslať)

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

* Identifikáciu a overenie identifikácie je oprávnený vykonať notár alebo matrika, alebo 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

Ste politicky exponovanou osobou?	nie	áno	Ste sankcionovanou osobou?	nie	áno
V	Dňa		Úradne overený podpis klienta	Číslo dokladu totožnosti	

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

DOKLAD VYPÍŇA LEN ODBORNÝ LEKÁR (nie pediater, či praktický lekár)

Poprosíme pri určovaní rozsahu obmedzenia pohybov v kĺboch vždy uviesť údaje v porovnaní so zdravou končatinou – popis rozsahu pohybov oboch končatín.

	Pravák	Ľavák	Ľavá horná končatina	pravá horná končatina	Ľavá dolná končatina	pravá dolná končatina
rameno	elevácia			bedro	extenzia	
	abdukcia				flexia	
	addukcia				abdukcia	
	extenzia				addukcia	
	vnútorná rotácia				vnútorná rotácia	
lakteľ	vonkajšia rotácia				vonkajšia rotácia	
	extenzia			koleno	extenzia	
	flexia				flexia	
zápästie	pronácia				vnútorná rotácia	
	supinácia				vonkajšia rotácia	
	dorzálna flexia				kývavosť	
	palmárna flexia				členok	dorzálna flexia
prsty na ruke	radiálna flexia				plantárna flexia	
	ulnárna flexia				abdukcia	
	nedovieravosť do dlane v cm				addukcia	
	porucha úchopovej funkcie				pronácia	
					supinácia	
					kývavosť - instabilita	
				noha	popis poruchy funkcie	
				prsty na nohe	popis poruchy funkcie	

Popis iných trvalých následkov úrazu

V	Dňa	
		Podpis a pečiatka lekára

PRÍLOHA K OZNÁMENIU O ROZSAHU TRVALÝCH NÁSLEDKOV ÚRAZU - jazvy na tvári

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

ÚDAJE O POISTENOM		
Číslo PZ:	Číslo PU:	Úraz zo dňa
Priezvisko	Meno, titul	Rodné číslo
Adresa bydliska		PSČ

POKYNY K VÝPLATE POISTNÉHO PLNENIA (vypĺňa osoba oprávnená na prevzatie poistného plnenia, ktorá žiada poistné plnenie poslať)

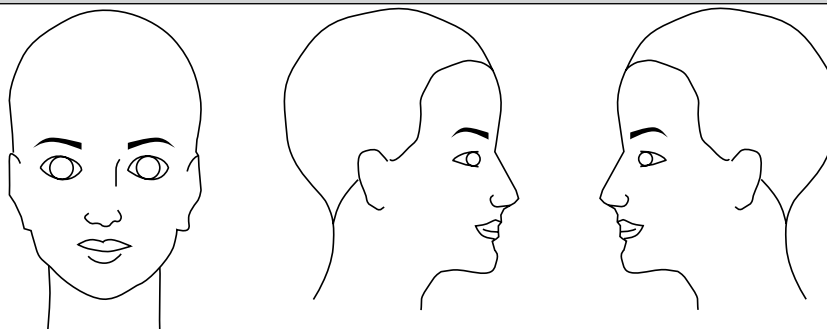
Poistné plnenie žiadam poukázať:	
na adresu	PSČ
na účet (IBAN)	Názov banky
áno Vyhlasujem, že som majiteľom uvedeného účtu	nie Účet patrí manželovi, manželke alebo blízkym osobám uveďte vlastníka účtu a vzťah

* Identifikáciu a overenie identifikácie je oprávnený vykonať notár alebo matrika, alebo 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

Ste politicky exponovanou osobou?	nie	áno	Ste sankcionovanou osobou?	nie	áno
V		Dňa			
			Úradne overený podpis klienta	Číslo dokladu totožnosti	

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

Do prílohy zakreslite všetky jazvy klienta, vrátane jaziev, ktoré sú staršieho dáta (jazvy z predchádzajúcich poškodení). Jazvy na tvári/krku, ktoré sú predmetom hodnotenia zakreslite červenou farbou, jazvy z predchádzajúcich úrazov zakreslite modrou farbou. Poprosíme vyplniť tabuľku s popisom a rozsahom jaziev, kde uveďte rozsah jaziev v cm, resp. cm2 a popis jaziev (jazva keloidná, jazva málo viditeľná a pod) s označením časti tváre/krku kde sa jazva nachádza.



POPIS

časť tváre	rozsah jazvy v cm / cm2	popis jazvy (jazva keloidná, jazva málo viditeľná a pod.)	časť tváre	rozsah jazvy v cm / cm2	popis jazvy (jazva keloidná, jazva málo viditeľná a pod.)
Čelo	- vpravo		Brada		
	- vľavo			- vľavo	
	- stred			Pera - spodná	
Nos	- vpravo		- vrchná		
	- vľavo		Ucho - vpravo		
Líce	- vpravo		- vľavo		
	- vľavo		Krk - vpravo		
	- vpravo		- vľavo		
			- stred		

Poznámka	
V	Dňa
Podpis a pečiatka lekára	

PRÍLOHA K OZNÁMENIU O ROZSAHU TRVALÝCH NÁSLEDKOV ÚRAZU - jazvy na tele

Náklady spojené s vypísaním tlačiva pre poisťovňu znáša poistený, resp. oprávnená osoba na výplatu poistného plnenia.

ÚDAJE O POISTENOM		
Číslo PZ:	Číslo PU:	Úraz zo dňa
Priezvisko	Meno, titul	Rodné číslo
Adresa bydliska		PSČ

POKYNY K VÝPLATE POISTNÉHO PLNENIA (vyplní osoba oprávnená na prevzatie poistného plnenia, ktorá žiada poistné plnenie poslať)

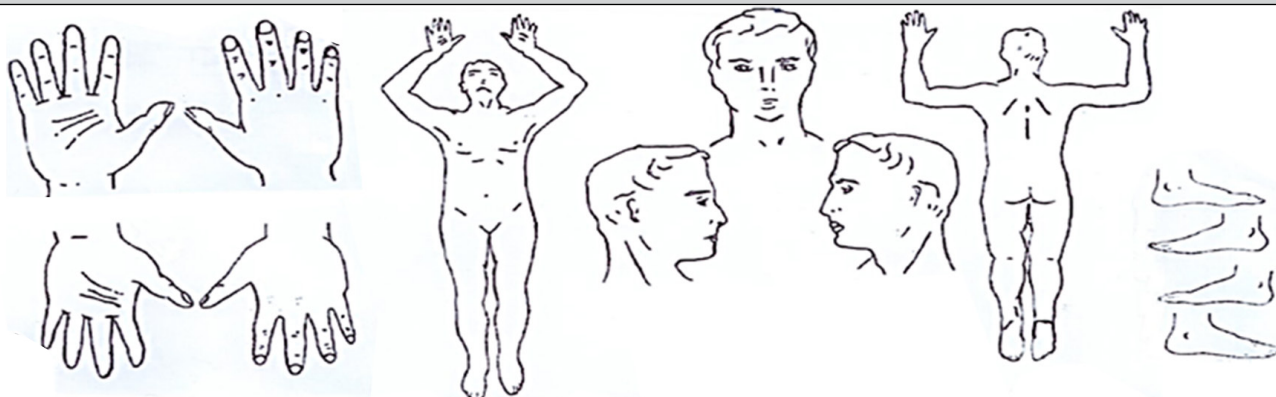
Poistné plnenie žiadam poukázať:	
na adresu	PSČ
na účet (IBAN)	Názov banky
áno Vyhlasujem, že som majiteľom uvedeného účtu	nie Účet patrí manželovi, manželke alebo blízkym osobám uveďte vlastníka účtu a vzťah

* Identifikáciu a overenie identifikácie je oprávnený vykonať notár alebo matrika, alebo 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

Ste politicky exponovanou osobou?	nie	áno	Ste sankcionovanou osobou?	nie	áno
V		Dňa		Úradne overený podpis klienta	Číslo dokladu totožnosti

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

Do prílohy zakreslite všetky jazvy klienta, vrátane jaziev, ktoré sú staršieho dáta (jazvy z predchádzajúcich poškodení). Jazvy, ktoré sú predmetom hodnotenia zakreslite červenou farbou, jazvy z predchádzajúcich úrazov zakreslite modrou farbou. Na záver vyplňte prosím tabuľku Rozsahu jaziev, kde uvediete rozsah jaziev v cm, resp. cm² a ich popis (jazva keloidná, plošná, jazva málo viditeľná a pod.) na príslušnej časti tela.



POPIS					
Časť tela	rozsah jaziev v cm / cm ²	popis - typ jazvy (napr. keloidná, pigmentová...)	Časť tela	rozsah jaziev v cm / cm ²	popis - typ jazvy (napr. keloidná, pigmentová...)
ruky			hlava		
genitálie vonkajšie			krk		
sedacie časti			predná časť trupu		
stehná			zadná časť trupu		
predkolenia			ramená		
nohy			predlaktia		
Poznámka					
V		Dňa		Podpis a pečiatka lekára	