






OZNÁMENIE O TRVALÝCH NÁSLEDKOCH ÚRAZU

K tlačivu poisťovne priložte kópie všetkých lekárskeho správ z ošetrovania úrazu a kópiu potvrdenia ošetrojúceho lekára o druhu a rozsahu trvalých následkov úrazu. V prípade, že úraz prešetrovala polícia predložte aj kópiu správy z jej vyšetrovania.

Pri vyplňaní tlačiva lekárom, je potrebné vybrať tú prílohu, ktorá sa týka zanechaných trvalých následkov. V prípade, že sa jedná o iný charakter trvalých následkov (iné ako jazvy, obmedzenie hybnosti končatín), je potrebné popísať druh a rozsah trvalých následkov v Správe ošetrojúceho lekára, prípadne predložiť kópiu lekárskej správy od ošetrojúceho lekára s podrobným popisom trvalých následkov po úraze (presný popis druhu a rozsahu trvalého poškodenia).

Poisťovňa v súvislosti s poistnou udalosťou nie je povinná hrať náklady spojené so zaošetrovaním zdravotnej dokumentácie od lekára, či zdravotníckeho zariadenia sídlaceho mimo Slovenskej republiky, 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 poisťovni úradne overený preklad alebo lekárske správy potrebné na stanovenie rozsahu poistného plnenia potvrdené odborným lekárom na území Slovenskej republiky. Náklady spojené s predložením požadovaných podkladov znáša poistený, resp. oprávnená osoba na výplatu poistného plnenia.

Požadované doklady zašlite na adresu: KOOOPERATIVA poisťovňa, a.s. Vienna Insurance Group, so sídlom Štefanovičova 4, 816 23 Bratislava, IČO 00 585 441 zapísaná v Obchodnom registri Okresného súdu Bratislava I, oddiel: Sa, vložka č. 79/B (ďalej len „Spoločnosť“ alebo „KOOOPERATIVA poisťovňa, a.s. Vienna Insurance Group“).

Údaje o poistenom - vyplňuje poistený, resp. zákonný zástupca za maloletého poisteného	
Číslo poistnej zmluvy (z poistky)
Priezvisko a meno poisteného.....	rodné číslo.....
Adresa.....	PSČ
	e- mail:
Údaje o úraze - vyplňuje poistený, resp. zákonný zástupca za maloletého poisteného	
Dátum úrazu	hodina úrazu
miesto úrazu.....	
Popis úrazového deja (aká činnosť bola v čase úrazu vykonávaná, príčina úrazu)	
.....	
Popis poranenia.....	
.....	
Aké trvalé následky úraz zanechal	
.....	
Došlo k úrazu pri športe alebo inej telovýchovnej činnosti? <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> áno	
Vykonávate šport súťažne alebo pod registráciou v športovom klube či organizácii? <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> áno	
Odkedy?	
Koľká liga/ upresniť číslom/	
Názov a adresa organizácie, resp. športového klubu.....	
Došlo k úrazu pri dopravnej nehode? <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> áno	
Boli ste vodičom v čase nehody? <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> áno ŠPZ	
Bola táto časť tela už predtým funkčne postihnutá (úrazom, chorobou)? <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> áno Aké poranenie?.....	
..... Kedy?..... Ako?	
Ste <input type="checkbox"/> pravák <input type="checkbox"/> ľavák	
Prvé ošetrovanie bolo poskytnuté dňa	
o hod. v zdrav. zariadení – adresa	
.....	
Adresa lekára, zdravotníckeho zariadenia, kde ste sa liečili.....	
..... 	
Adresa lekára, zdravotníckeho zariadenia, kde je uložená kompletná zdravotná dokumentácia.....	
..... 	
Mená a adresy svedkov úrazu	
Vyšetrovala úraz polícia ? <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> áno Adresa polície	

Pokyny k výplate poistného plnenia - vyplňuje poistený, resp. zákonný zástupca za maloletého poisteného

Poistné plnenie žiadam poukázať:

- na číslo účtu v tvare IBAN.....
názov účtu.....
- na adresu

Prehlásenie zákonného zástupcu maloletého poisteného - vyplňuje zákonný zástupca maloletého poisteného

Meno a priezvisko zákonného zástupcu..... rodné číslo

Vzťah k maloletému..... e-mail

Čestne prehlasujem, že som oprávnený zastupovať a spravovať veci maloletého
a som si vedomý dôsledkov, ak by som uviedol(a) v prehlásení nepravdivé údaje.

Beriem na vedomie, že KOOOPERATIVA 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.koop.sk.

V.....dňa
podpis zákonného zástupcu

Potvrdenie zamestnávateľa alebo organizácie, ktorá dojednala poistenie v prospech poisteného

V zmysle poistnej zmluvy došlo k úrazu pri poistenej činnosti pracovnej mimopracovnej
Poistná suma - za čas nevyhnutného liečenia úrazu....., trvalé následky úrazu
za PN.....

V.....dňa
pečiatka a podpis zamestnávateľa (organizácie)

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

Beriem na vedomie, že KOOOPERATIVA 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.koop.sk. Súhlasím, aby spoločnosť KOOOPERATIVA 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

V.....dňa
úradne overený podpis poisteného
resp. zákonného zástupcu poisteného*
číslo dokladu totožnosti

*Identifikáciu a overenie identifikácie je oprávnený vykonať zamestnanec spoločnosti KOOOPERATIVA 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 a podpis osoby,
ktorá identifikovala klienta

.....
čitateľné meno a priezvisko/názov osoby¹,
ktorá identifikovala klienta²

.....
osobné číslo al. registračné číslo v NBS osoby,
ktorá identifikovala klienta/obchodný názov firmy

¹ V prípade právnickej osoby sa uvádza aj meno a priezvisko osoby oprávnenej za ňu konať.

² 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.

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

Správa ošetrojúceho lekára

Ošetrojúci lekár MUDr.
Názov a adresa zdrav. zariadenia
PSČ e-mail
Ošetrojúci lekár potvrdzuje, že poisteného rod. č.
 ošetroval úrazom postihnutého poisteného zistil telesné poškodenie spôsobené úrazom
 vypracoval správu o trvalých následkoch na základe zdrav. dokumentácie z liečenia úrazu poisteného vystavenej zdravotníckym zariadením:

Prvé lekárske ošetrenie úrazu (podľa zdrav. dokumentácie) bolo dňa o hod.
v zdrav. zariadení
Popis telesného poškodenia spôsobeného úrazom s určením jeho rozsahu a príčiny
Diagnóza vlastného zranenia (slovensky - latinsky)
Zodpovedá rozsah telesného poškodenia úrazovému deju uvedenému na prednej strane tlačiva? áno nie
Môžete vylúčiť úmyselné sebapoškodenie poisteného? áno nie Prečo?
Spôsob a druh ošetrovania (podrobný popis liečby, pri rehabilitácii uveďte frekvenciu, dobu i jej výsledky)
Nález s opisom – RTG, MR, CT, Sono... (uveďte vždy, ak bolo dané vyšetrenie vykonané)
Bola vykonaná operácia? nie áno aká?
Bol poistený hospitalizovaný? od.....do.....kde?.....
Príčina?.....
Skutočná doba nevyhnutného liečenia úrazu (vrátane komplikácií) od do.....
alebo predpokladaná podľa zistených diagnóz bez prihliadnutia k osobným zdravotným odchýlkam poraneného (napr. telesná zdatnosť, vplyv predošlých ochorení a pod.) týždňov.
Došlo k predĺženiu priemernej doby liečenia úrazu? nie áno popíšte príčinu a druh komplikácií (infekcia, zápal žíl a pod.)

Popis trvalých následkov úrazu – druh a rozsah

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 aké príznaky opitosti boli zistené?
..... % alkoholu zistené v krvi.....
Došlo k úrazu pod vplyvom omamných, či toxických látok, drog? nie áno akých?

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

V dňa

.....
pečiatka a podpis ošetrojúceho lekára



Príloha k oznámeniu o rozsahu trvalých následkov úrazu - jazvy na tvári

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

Prílohu vyplní a potvrdí ošetrujúci lekár poisteného. Do prílohy je nevyhnutné zakresliť 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. Do tabuľky nižšie žiadame uviesť presný popis (napr. jazva keloidná, jazva málo viditeľná a pod.) a rozsah jaziev (v cm, resp. cm²) s označením časti tváre/krku, kde sa jazva nachádza.

Priezvisko a meno poisteného.....rodné číslo.....

Úraz zo dňa:



Popis	rozsah jazvy v cm / cm ²	popis jazvy (jazva keloidná, jazva málo viditeľná a pod.)
Časť tváre		
Čelo - vpravo		
- vľavo		
- stred		
Nos - vpravo		
- vľavo		
Líce - vpravo		
- vľavo		
Brada - vpravo		
- vľavo		
Pera - spodná		
- vrchná		
Ucho - vpravo		
- vľavo		
Krk - vpravo		
- vľavo		
- stred		

Poznámka lekára:

Dátum:

podpis a pečiatka lekára



Príloha k oznámeniu o rozsahu trvalých následkov úrazu – jazvy na tele

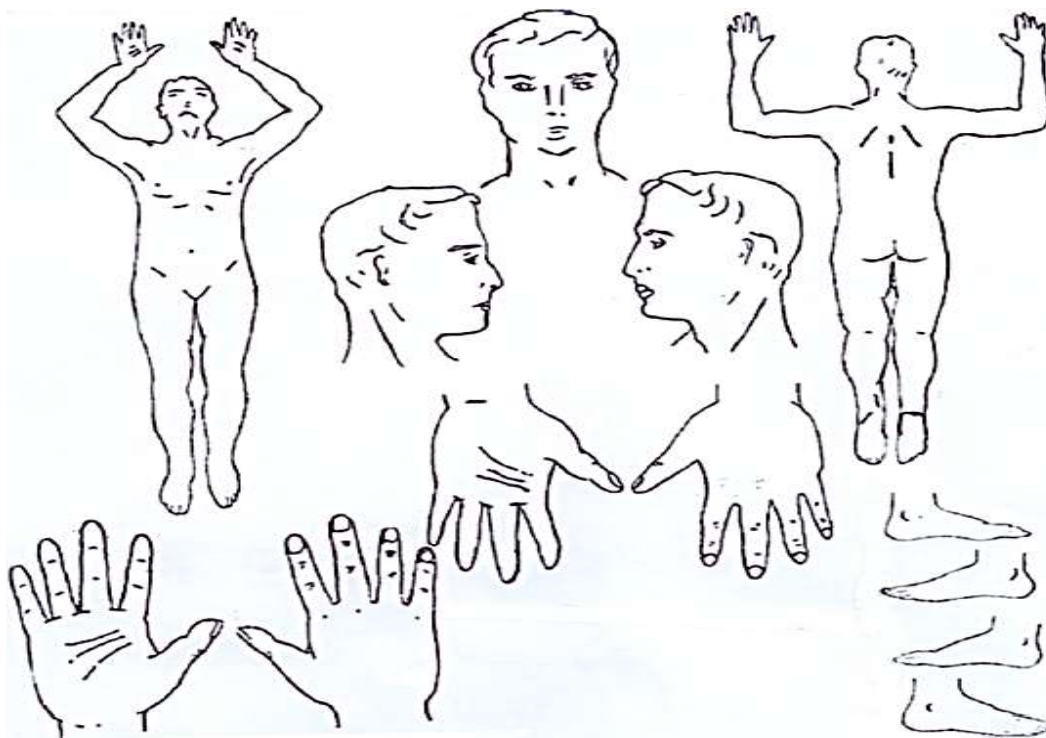
Náklady spojené s vypísaním tlačiva pre poisťovňu znáša poistený, resp. oprávnená osoba na výplatu poistného plnenia.

Prílohu vyplní a potvrdí ošetrojúci lekár poisteného. Do prílohy je nevyhnutné zakresliť všetky jazvy klienta, vrátane jaziev, ktoré sú staršieho dátumu (jazvy z predchádzajúcich poškodení).

Jazvy, ktoré sú predmetom hodnotenia zakreslite červenou farbou, jazvy z predchádzajúcich úrazov zakreslite modrou farbou. Do tabuľky nižšie žiadame uviesť presný popis (napr. jazva keloidná, jazva málo viditeľná a pod.) a rozsah jaziev (v cm, resp. cm²) s označením časti tela, kde sa jazva nachádza.

Priezvisko a meno poisteného.....rodné číslo.....

Úraz zo dňa:



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 lekára:
.....
.....

Dátum:

podpis a pečiatka lekára



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. Prílohu vyplní a potvrdí **odborný lekár poisteného** (nie pediater alebo praktický lekár). Do prílohy je nevyhnutné pri určovaní rozsahu obmedzenia pohybov v kĺboch uvádzať porovnanie so zdravou končatinou, t.j. **prosíme uvádzať rozsah pohybov oboch končatín**.

Priezvisko a meno poisteného.....rodné číslo.....

Úraz zo dňa:

Pravák <input type="checkbox"/>	Ľavák <input type="checkbox"/>	pravá horná končatina	ľavá horná končatina
rameno	elevácia		
	abdukcia z predpaženia		
	addukcia z predpaženia		
	extenzia		
	addukcia		
	vnútorná rotácia		
	vonkajšia rotácia		
lakteľ	extenzia		
	flexia		
	pronácia		
	supinácia		
zápästie	dorzálna flexia		
	palmárna flexia		
	radiálna flexia		
	ulnárna flexia		
prsty na ruke	nedovieravosť do dlane		
	v cm:		
	porucha úchopovej funkcie		
		pravá dolná končatina	ľavá dolná končatina
bedro	extenzia		
	flexia		
	abdukcia		
	addukcia		
	vnútorná rotácia		
	vonkajšia rotácia		
koleno	extenzia		
	flexia		
	vnútorná rotácia		
	vonkajšia rotácia		
	kývavosť		
členok	dorzálna flexia		
	plantárna flexia		
	abdukcia		
	addukcia		
	pronácia		
	supinácia		
	kývavosť - instabilita		
noha	popis poruchy funkcie		
prsty na nohe	popis poruchy funkcie		
Popis iných trvalých následkov úrazu			

Poznámka lekára:

Dátum:

podpis a pečiatka lekára

Poisťovňa informuje dotknutú osobu, že jej osobné údaje 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 poisťovňa informuje dotknutú osobu, že informácie o spracúvaní osobných údajov je možné nájsť na webovej stránke www.koop.sk.