

Oznámenie poistnej udalosti z úrazového poistenia

Generali Slovensko poisťovňa, a. s., Plynárska 7/C, 824 79 Bratislava 26, Slovenská republika, IČO: 35 709 332, zapísaná v Obchodnom registri Okresného súdu Bratislava I, Oddiel: SA, Vložka č. 1325 B. Spoločnosť patrí do skupiny Generali, ktorá je uvedená v Talianskom zozname skupín poisťovní vedenom ISVAP pod č. 26.

Poučenie pre osobu uplatňujúcu si nárok na plnenie:

1. Vyplňte starostlivo túto stranu oznámenia. Bez úplného vyplnenia vrátane podpisu poisteného (zraneného) alebo jeho zákonného zástupcu, nie je možné poistnú udalosť vybaviť.
2. Ku každému úrazu vyplňte len jedno oznámenie pre Generali Slovensko, a. s.
3. Druhú stranu tohto oznámenia predložte svojmu lekárovi na vyplnenie.
4. Za vyplnenie druhej strany oznámenia uhradíte lekárovi ním určený honorár, pretože ide (podľa vyhlášky Ministerstva zdravotníctva SR o liečebnej starostlivosti poskytovanej za úhradu) o výkon, ktorý sleduje liečebný účel a je prevedený na Vašu žiadosť a vo Vašom vlastnom záujme. Generali Slovensko poisťovňa, a. s. sa bude podieľať na jeho úhrade.
5. Ak nestačí miesto pre požadované údaje, uveďte ich zvlášť v prílohe.

Uveďte, prosím, čísla všetkých poisťiek, ktorými ste úrazovo poistený:												

Potvrdenie organizácie, že k úrazu došlo pri poistnej činnosti, pokiaľ touto organizáciou bolo úrazové poistenie dojednané.
pečiatka a podpis:

Priezvisko a meno zraneného:	Povolanie:
Rodné číslo: <input type="text"/>	Adresa zamestnávateľa:
Trvalé bydlisko:	Číslo telefónu do zamestnania:
	Číslo telefónu domov:

Údaje poistníka (ak nie je totožný s poisteným)
Meno:
Adresa + PSČ:
IČO:
Rodné číslo:
Telefón medzi 8. a 16. h (vrátane predvolby):

Kedy a kde došlo k úrazu? Dňa: <input type="text"/> v <input type="text"/> hod., miesto: <input type="text"/>
Uveďte, prosím, súvisle a podrobne činnosť a okolnosti, za ktorých k úrazu došlo:

Ktorá časť tela bola poranená: Označte, či ste pravák (P) <input type="checkbox"/> alebo ľavák (L) <input type="checkbox"/>	Adresa zdravotníckeho zariadenia:	
Bola poranená časť tela poškodená už pred úrazom? ÁNO <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/>	Kde bolo poskytnuté prvé ošetrovanie?	Kde ste sa ďalej liečili?
Došlo k úrazu pri výkone povolania? ÁNO <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/>	Kedy?	Kde máte kompletnú zdravotnú dokumentáciu?
Aké povolanie ste vykonávali v období, keď došlo k úrazu?		

Aký šport ste aktívne vykonávali v období, keď došlo k úrazu?	<input type="checkbox"/> V akej súťaži?
Aký šport aktívne vykonávate teraz?	<input type="checkbox"/> V akej súťaži?

Mená a adresy svedkov:	Prípud vyšetroval (adresa polície):
------------------------	-------------------------------------

Ak ide o úraz osôb dopravným motorovým vozidlom, uveďte ŠPZ: <input type="text"/>	Počet sedadiel: <input type="text"/>	Počet prepravovaných osôb: <input type="text"/>
osôb: Meno a adresa vlastníka motorového vozidla: <input type="text"/>	Meno adresa vodiča: <input type="text"/>	
Mená a adresy spolujazdcov: <input type="text"/>	Ktorá z týchto osôb bola zranená? Bolo vozidlo používané v dobe úrazu k prevádzkovaniu taxislužby alebo autoškoly? <input type="checkbox"/> ÁNO <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/>	

Plnenie poukážte na účet alebo na adresu: <input type="text"/>	číslo účtu: <input type="text"/>	kód banky: <input type="text"/>
--	----------------------------------	---------------------------------

<p>Prehlásenie: Prehlasujem, že som všetky otázky zodpovedal(a) pravdivo a úplne, že som k hláseniu úrazu vyplnil(a) pre Generali Slovensko poisťovňa, a. s., len toto oznámenie a že som si vedomý(á) dôsledkov nesprávnych odpovedí na povinnosť poisťiteľa plniť. Súhlasím, aby si Generali Slovensko poisťovňa, a. s., vyžiadala všetku potrebnú zdravotnú dokumentáciu o mojom liečení a zdravotnom stave pre potreby šetrenia poistnej udalosti. Podpísaný vyhlasuje, že súhlasí v zmysle zákona č. 428/2002 Z. z. o ochrane osobných údajov v platnom znení so spracúvaním, poskytnutím, sprístupnením, cezhraničným tokom svojich osobných údajov v poskytnutom rozsahu a za účelom výkonu činnosti, ktoré sú predmetom podnikania Generali Slovensko poisťovne, a. s., ako aj iným subjektom patriacim do skupiny Slovenskej asociácie poisťovní, Slovenskej kancelárie poisťovateľov, ako aj zmluvným partnerom a iným oprávneným subjektom, a to i mimo územia Slovenskej republiky v súvislosti s uplatnením práv a povinností vyplývajúcich z poistného vzťahu. Krajinnou cezhraničného toku je Česká republika, ako aj iné štáty v súvislosti s uplatnením práv a povinností vyplývajúcich z poistného vzťahu. V zmysle § 7 ods. 5 cit. zákona poistený vyhlasuje, že osobné údaje o iných osobách uviedol na tomto tlačíve s ich súhlasom a súčasne vyhlasuje, že bol oboznámený so skutočnosťami vyplývajúcimi z § 10 ods. 1 zákona č. 428/2002 Z. z. o ochrane osobných údajov v platnom znení.</p>
V dňa podpis zraneného (alebo jeho zákonného zástupcu)

Generali Slovensko poisťovňa, a. s., Plynárska 7/C, 824 79 Bratislava 26, Slovenská republika, IČO: 35 709 332, zapísaná v Obchodnom registri Okresného súdu Bratislava I, Oddiel: SA, Vložka č. 1325 B. Spoločnosť patrí do skupiny Generali, ktorá je uvedená v Talianskom zozname skupín poisťovní vedenom ISVAP pod č. 26.

Ošetrojúci lekár potvrdzuje, že ošetroval úraz osoby, ktorá je uvedená na prvej strane tohto oznámenia a zistil telesné poškodenia a zdravotné ujmy tohto druhu a rozsahu:

Prvé lekárske ošetrenie (dátum, adresa zdrav. zariadenia, meno lekára):

Popis poranenia:

Zodpovedá ošetrované telesné poškodenie a jeho rozsah úrazovému deju tak, ako je uvedený na prvej strane tohto oznámenia?

O áno O nie

RTG, CT, MR - kompletný popis + degenerované zmeny:

Spôsob liečenia:

Diagnóza + číselné označenie diagnózy:

Operácie O áno O nie Ak áno, kedy, kde a popis zákroku?
(doložiť kópiu oper. vložky)

Hospitalizácia O áno O nie Ak áno, kedy a kde?
(doložiť kópiu prepúšťacej správy)

Rehabilitácia O individuálna Ak áno, kedy, kde a z akého dôvodu?
O ústavná

Celková doba liečby pod dohľadom lekára Od: Do:	Pracovná neschopnosť v dôsledku úrazu Od: Do:	Došlo k predĺženiu liečby v dôsledku komplikácií? Ak áno, akých?
--	--	---

Rozsah postihnutia pred úrazom a ich súvislosť s úrazom:

Iné poruchy pred úrazom a ich súvislosť s úrazom:

Prípadné degeneratívne zmeny, v ktorom roku boli zistené:

Došlo k úrazu následkom požitia alkoholu alebo iných návykových látok? áno nie

Aké boli príznaky?

V krvi/moči bolo zistené % alkoholu. O aký druh návykovej látky pravdepodobne išlo?

Bolo príčinou úrazu sebapoškodenie?

Predpokladáte, že úraz zanechá trvalé poškodenie?

Akého pravdepodobného druhu a rozsahu?

Kedy predpokladáte ich ustálenie?

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

.....
miesto

.....
dátum

.....
podpis a pečiatka ošetrojúceho lekára