

Poistník - názov a adresa školy:	
Poistený - meno, priezvisko:	Rodné číslo:
	Trieda:
Adresa:	Tel. č.*
	E-mail:**
Rodič, resp. zákonný zástupca - meno, priezvisko:	
Adresa:	Tel. č.:

\*pre účel odoslania SMS notifikácie o uzavretí škodovej udalosti \*\*pre účel elektronickej komunikácie pri likvidácii škodových udalostí

Uvedte meno a adresu Vášho lekára a prípadne odborných lekárov, ktorí majú záznamy o Vašom zdravotnom stave:

Dátum a hodina, kedy došlo k úrazu:

Miesto vzniku úrazu:	<input type="checkbox"/> v škole počas vyučovacej hodiny (uvedte predmet - matematika...):
	<input type="checkbox"/> v škole počas prestávky medzi vyučovacími hodinami
	<input type="checkbox"/> v škole inokedy (uvedte miesto - školský klub, jedáleň):
	<input type="checkbox"/> mimo školy, v mieste sídla školy (uvedete miesto a aktivitu):
	<input type="checkbox"/> INÉ (uvedte miesto a aktivitu):

Meno a priezvisko učiteľa (pedagogického dozoru) v čase úrazu, prípadne iných osôb, ktoré boli svedkami úrazu:

Miesto a 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  nie

Utrpel poistený v minulosti úraz, ktorý zanechal nejaké trvalé následky?

Ak áno, uveďte kedy a aké následky:

Trpel alebo trpí poistený chorobami: pohybového ústrojenstva, vrodenými alebo vývojovými vadami, poruchami sluchu, zraku

(alebo poruchami iných zmyslových orgánov), cukrovkou, epilepsiou, HIV pozitivitou, hemofiliou, závislosťou na alkohole alebo drogách, nervovými, psychickými alebo inými chorobami?  áno  nie

Ak áno, uveďte akými, kedy a aká diagnóza bola zistená:

Je poistený pravák alebo ľavák?

Vyšetroval udalosť orgán polície?  áno  nie Ak áno, predložte kópiu správy z vyšetrovania udalosti.

Bola urobená skúška na hladinu alkoholu v krvi?  áno  nie Ak áno, uveďte zistené ‰ alkoholu v krvi:

Má poistený v Unione uzavreté iné úrazové poistenia, z ktorých si uplatňuje nárok na poistné plnenie?  áno  nie

Ak áno, uveďte čísla poistných zmlúv, z ktorých si poistené dieťa uplatňuje nárok na poistné plnenie:

Poistné plnenie žiadam poukázať:

bankovým prevodom - číslo účtu v tvare IBAN:

poštovým poukazom na adresu:

Oznámenie pre klienta: k oznámeniu o úraze priložte, prosím fotokópie lekárskeho správ a kópiu lekárskej prepúšťacej správy v prípade hospitalizácie.

Poistený/ oznamovateľ vyhlasuje a svojím podpisom potvrdzuje, že všetky jeho odpovede a informácie uvedené v tomto oznámení sú pravdivé a úplné a žiadne informácie podstatné pre likvidáciu škodovej udalosti nezamĺchal a je si vedomý /á právnych dôsledkov uvedenia nepravdivých alebo neúplných informácií a/alebo odpovedí na otázky poisťovne. Som si vedomý/á, že v zmysle zákona o poisťovníctve poisťovateľ môže osobné údaje uvedené v tomto oznámení, vrátane priložených dokladov, za účelom likvidácie škodovej udalosti. Vyhlasujem, že som sa oboznámil/a so základnými informáciami o ochrane osobných údajov pre dotknutú osobu umiestnenými na [www.union.sk](http://www.union.sk). Splnomocňujem poisťovateľom oslovených lekárov a zdravotnícke zariadenia na poskytnutie mojich lekárskeho správ a výpisov zo zdravotnej dokumentácie týkajúcej sa úrazu alebo na ich zapožičanie, čím ich zároveň zbavujem povinnosti mlčanlivosti voči poisťovateľovi. Splnomocňujem poisťovateľa v prípade potreby vyžiadať si: a) informácie o mojom zdravotnom stave v Sociálnej poisťovni; b) výpis z účtu poistenca zdravotnej poisťovne v príslušnej zdravotnej poisťovni; c) informácie o okolnostiach úrazu orgánu polície, ktorý udalosť vyšetroval.

V \_\_\_\_\_ dňa \_\_\_\_\_

\*\*ak si nárok na poistné plnenie uplatňuje iná osoba ako poistený, uveďte príbuzenský vzťah k poistenému

podpis poisteného, resp. jeho zákonného zástupcu;  
prípadne oprávnenej osoby\*\*

**POTVRDENIE ŠKOLY**

Týmto potvrdzujem, že osoba, ktorá utrpela úraz je žiak/zamestnanec školy - .....

(názov a adresa školy)

Ďalej potvrdzujem, že úraz nastal pri činnosti definovanej v časti Rozsah poistenia (uvedenej v poistnej zmluve, resp v Osobitných dojednaniach pre úrazové poistenie žiakov).

V ..... dňa .....

(podpis poistníka - zástupcu školy)

(pečiatka školy)

Poplatok za vyhotovenie správy o úraze lekárom hradí poistená osoba, resp. zákonný zástupca poisteného dieťaťa. Poistovnía uhradí poistenému náklady na vyhotovenie správy lekára o úraze zvýšením sumy poistného plnenia o 5,00 EUR, na základe priloženého príjmového pokladničného dokladu.

## SPRÁVA OŠETRUJÚCEHO LEKÁRA

Meno a priezvisko poisteného:	Rodné číslo poisteného:	
Meno a priezvisko ošetrojúceho lekára:	tel.č.:	e-mail:
Názov a adresa zdravotníckeho zariadenia:		
Zodpovedá rozsah telesného poškodenia úrazového deju, ktorý je uvádzaný v Oznámení o úraze?		<input type="checkbox"/> áno <input type="checkbox"/> nie
Kedy došlo (podľa zdravotníckej dokumentácie) k prvému lekárskeму ošetrovaniu? Dňa .....		o ..... hod.
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 / MR / CT / sono - 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: Predpokladný čas nevyhnutného liečenia ..... týždňov Skutočný čas nevyhnutného liečenia úrazu bol od: ..... do: ..... Rehabilitácia od: ..... do: .....		
Bol poranený úd alebo orgán už pred úrazom funkčne postihnutý? Ak áno, v akom rozsahu?		<input type="checkbox"/> áno <input type="checkbox"/> nie
Bol priebeh liečby úrazu komplikovaný? Ak nastali komplikácie, uveďte druh a príčinu ich vzniku:		<input type="checkbox"/> áno <input type="checkbox"/> nie
Kde bol pacient hospitalizovaný? Uveďte adresu nemocničného zariadenia:		
Meno ošetrojúceho lekára:		
Hospitalizácia v súvislosti s úrazom trvala od: ..... do: .....		<u>priložte fotokópiu lekárskej prepúšťacej správy</u>
Aké trvalé následky a v akom rozsahu predpokladáte, že úraz zanechá?		
Bolo príčinou úrazu úmyselné sebapoškodenie alebo pokus o samovraždu?		<input type="checkbox"/> áno <input type="checkbox"/> nie
Vznikol úraz následkom požitia alkoholu alebo toxických látok? Ak áno, o aké toxické látky išlo? Zistené ‰ alkoholu v krvi:		<input type="checkbox"/> áno <input type="checkbox"/> nie

Ošetrojúci lekár svojim podpisom potvrdzuje, že poisteného ošetroval a prehlasuje, že uvedené údaje sú pravdivé a úplné.

V ..... dňa: .....

pečiatka a podpis ošetrojúceho lekára