



Hlásenie poistnej udalosti

a) času nevyhnutného liečenia, denného odškodného (ČNL, DO, DON)

b) trvalých následkov úrazu

Ak je doložená kompletná zdravotná dokumentácia, týkajúca sa liečenia úrazu, nie je potrebné vyplňať Správu ošetrujúceho lekára (druhá strana tlačiva). V prípade hospitalizácie tiež prepúšťaciu správu z nemocnice.

c) pracovnej neschopnosti z dôvodu ochorenia alebo úrazu z poistenia: - ušlého zárobku

- náhrady poistného pri dlhodobej PN

K hláseniu poistnej udalosti priložte fotokópiu potvrdenia o pracovnej neschopnosti a zdravotnú dokumentáciu vzťahujúcu sa k úrazu/ochoreniu, ktorú máte k dispozícii.

Pokyny pre poisteného:

1. Pri telesných poškodeniach spôsobených úrazom vzniká nárok buď na denné odškodné počas doby nevyhnutného liečenia úrazu (DO, DON), ak je pracovná neschopnosť minimálne 22 dní, resp. minimálne 15 dní, alebo za čas nevyhnutného liečenia úrazu (ČNL), ak je čas nevyhnutného liečenia minimálne 15 dní – počet dní vyplýva z textu zmluvného dojednania a príslušných poistných podmienok.
2. Klient vyplní prvú stranu, ostatné strany vyplňuje odborný lekár, ktorý daný úraz/ochorenie liečil. V prípade, že úraz/ochorenie liečil len praktický lekár, vyplní ostatné strany on.
3. Nárok na plnenie za trvalé následky úrazu vzniká po ukončení liečenia a po ich ustálení. V prípade, ak zdravotný stav nie je ustálený, po 3 rokoch odo dňa úrazu.
4. V prípade, že nie je medzi poisťovňou a zdravotníckym zariadením uzatvorená zmluva, uhrádzate ošetrujúcemu lekárovi za vyplnenie druhej strany tlačiva sumu 4,98 EUR. Prijatie sumy Vám potvrdí lekár vydaním potvrdenky, ktorú priložíte k hláseniu.
5. Odpovedzte, prosím, na všetky otázky. Ak na niektorú otázku neviete odpovedať, výslovne to uveďte, v prípade nedostatku miesta napíšte, prosím, odpoveď na čistý list a priložte ho k tomuto formuláru.

Uveďte, prosím, čísla všetkých poistných zmlúv, ktorými ste v Allianz - Slovenskej poisťovni, a. s., poistený pre riziko úrazu a pre riziko ušlého zárobku pri pracovnej neschopnosti (z ktorých si uplatňujete nárok na poistné plnenie za oznamovanú udalosť):

Meno poisteného: _____ Rodné číslo: _____ / _____ Dátum narodenia: _____

Adresa zamestnávateľa / vlastnej firmy: _____ Zamestnanie: _____

Trvalé bydlisko: _____ PSČ: _____ Pošta: _____

Telefonický kontakt: domov _____ do zamestnania _____ e-mailová adresa _____

Úraz nastal dňa: _____ o _____ hod., miesto _____ Popíšte súvisle okolnosti – ako došlo k úrazu, s uvedením, ktorá časť tela bola poranená _____

Bola poranená časť tela postihnutá už pred týmto úrazom? Ak áno, popíšte ako? _____ Ste pravák ľavák

Popíšte subjektívne fažkosti _____ Ak bola vystavená PN, kto a kedy ju vystavil? _____

Meno a adresa lekára, v evidencii ktorého máte zdravotnú kartu: _____

Adresa zdravotníckeho zariadenia, ktoré poskytlo prvé ošetrovanie a kedy: _____

Adresa zdravotníckeho zariadenia, kde ste sa následne liečili: _____

Vyšetrovala prípad polícia? Ak áno, uveďte: adresu útvaru, ktorý prípad vyšetroval, meno vyšetrovateľa, ak viete, uveďte aj telefonický kontakt, prípadne aj číslo vyšetrovacieho spisu: _____

Stal sa úraz pri športe alebo inej telovýchovnej aktivite? _____ Aký šport vykonávate? _____ Ste registrovaný športovec? áno nie

Ak áno, v akom športe a s ktorou organizáciou? _____

Ak ide o úraz motorovým vozidlom, druh a továrnska značka motorového vozidla: _____

Evidenčné číslo vozidla: _____ Meno a adresa vodiča: _____

Tento odsek vyplňte, prosím, len k hláseniu pracovnej neschopnosti z dôvodu ochorenia aj úrazu z poistenia ušlého zárobku a náhrady poistného pri dlhodobej PN:

Kedy ste v súvislosti s ochorením, pre ktoré si nárokujete dennú náhradu prvý raz navštívili lekára: _____

Kto a kedy vystavil doklad o PN? _____

Uveďte diagnózu a adresu lekára, ktorý ju stanovil: _____

Liečili ste sa v minulosti na uvedené ochorenie? Ak áno, kedy a kde: _____

Ku ktorému lekárovi,-om chodíte na kontrolu? (uveďte meno a adresu, príp. číslo telefónu) _____

Kde sa počas PN zdržujete? Uveďte adresu a číslo telefónu: _____

Máte lekárom povolené vychádzky? Ak áno, kedy a kde: _____

Ste poistený v inej poisťovni pre ušlý zárobok za dobu PN? áno nie Ak áno, v ktorej a na akú dennú náhradu? _____

Obdržali ste alebo obdržíte ďalšiu náhradu mzdy za dobu trvania PN (choroba z povolania, pracovný úraz a pod.)? áno nie Ak áno, od koho, v akej výške a za aké obdobie? _____

Vyhlasujem, že všetky moje odpovede na písomné otázky poisťovateľa týkajúce sa hlásenej poistnej udalosti sú úplné a pravdivé, že som na uplatnenie nároku v Allianz - Slovenskej poisťovni, a. s. vyplnil len jedno Hlásenie poistnej udalosti, ktoré predkladám a že som si vedomý dôsledkov nesprávnych odpovedí na povinnosť poisťovne plniť. Vyhlasujem, že súhlasím s tým, aby si poisťovateľ zisťoval a prešetroval môj zdravotný stav u všetkých lekárov, v zdravotníckych zariadeniach a zariadeniach poskytujúcich zdravotnú starostlivosť, v ktorých som sa liečil(a), liečim alebo budem liečiť. Splnomocňujem lekára, zdravotnícke zariadenia a zariadenia poskytujúce zdravotnú starostlivosť k vyhotoveniu lekárskeho správy, výpisov zo zdravotníckej dokumentácie či jej zapožičaniu za účelom prípadných zmien poistnej zmluvy a pre vybavovanie poistných udalostí i na dobu po mojej smrti. Zároveň zbavujem povinnosti zachovávať mlčanlivosť voči poisťovateľovi všetkých lekárov, ktorí ma liečili alebo s ktorými som konzultoval(a) svoj zdravotný stav. Taktiež vyhlasujem, že súhlasím s tým, aby si poisťovateľ vyžiadala fotokópiu pracovnej neschopnosti vzťahujúcej sa k poistnej udalosti (ak ju neprikladám teraz) na príslušnej pobočke Sociálnej poisťovne a potvrdenie výšky nemocenských dávok od príslušnej Sociálnej poisťovne, resp. od môjho zamestnávateľa.

„Poisťnik je poistený, resp. v prípade úmrtia poisteného v dôsledku úrazu oprávnená,-é osoba,-y berieme na vedomie, že osobné údaje nachádzajúce sa na tomto tlačive sme poisťovateľovi povinní poskytnúť v zmysle platného zákona o poisťovníctve, a že budú spracované v informačnom systéme poisťovateľa. Zároveň berieme na vedomie, že poisťovateľ je oprávnený v súlade so zákonom č. 428/2002 Z. z. o ochrane osobných údajov v znení neskorších predpisov získať uvedené osobné údaje kopírovaním, skenovaním, alebo iným zaznamenávaním na nosič informácií.

Zároveň dávame poisťovateľovi súhlas: - s poskytnutím osobných údajov tretím osobám v súvislosti so správou poistenia, likvidáciou poistných udalostí, vymáhaním pohľadávok, zaistovaním na účely zaistenia a peňažným ústavom za účelom vinkulácie, - s cezhraničným prenosom osobných údajov, vykonávaným na účely správy poistenia a na účely likvidácie poistných udalostí do krajín, ktoré zaručujú primeranú úroveň ochrany osobných údajov ako aj do krajín, ktoré nezaručujú primeranú úroveň ochrany osobných údajov. Súhlas sa udeľuje na dobu do vysporiadania všetkých záväzkov vyplývajúcich z poistnej zmluvy. Poisťnik je poistený, resp. v prípade úmrtia poisteného v dôsledku úrazu oprávnená,-é osoba,-y sú oprávnení tento súhlas odvolať s tým, že jeho účinky nastanú okamihom vysporiadania všetkých záväzkov vyplývajúcich z poistnej zmluvy, pričom povinnosť vyplývajúca z osobitných predpisov tým nie sú dotknuté (napríklad zákon o archivnictve). V prípade, že má poisťovateľ podľa zákona o ochrane osobných údajov oznamovaciu povinnosť voči klientovi, táto oznamovacia povinnosť môže byť splnená aj tak, že sa daný oznam uverejní aj na príslušnej internetovej stránke poisťovateľa.“

Uplatňujem si nárok na plnenie a k svojej žiadosti prikladám kusov dokladov: _____

Plnenie poukážete na adresu / účet: _____

V _____ dňa _____ Podpis poisteného (jeho zákonného zástupcu, poisťníka, prípadne oprávnenej osoby)

Pre interné potreby poisťovateľa

Správa ošetrojúceho lekára

V prípade, že nie je uzavretá zmluva medzi poisťovňou a zdravotníckym zariadením, za vyplnenie tohto dokladu Vám patrí odmena vo výške 4,98 EUR, ktorú Vám uhradí poisťovník. **Prosíme o vystavenie príjmového dokladu.**

Prijatie uvedenej sumy 4,98 EUR od pacienta týmto potvrdzujem: áno nie

Ošetrojúci lekár potvrdzuje, že ošetroval pacienta, ktorý je uvedený na prvej strane tohto hlásenia a zistil telesné poškodenia a zdravotné ujmy tohto druhu a rozsahu.

Prvé ošetrenie pre uvedený úraz alebo ochorenie poskytol: Dňa: o hod.

Adresa zdravotníckeho zariadenia:

Meno lekára: Telefonický kontakt:

Úraz - Popíšte, prosím, **diagnózu** (podľa MKCH-10) **vlastného zranenia** a podrobný popis telesného poškodenia, spôsobeného úrazom s určením jeho rozsahu:

Ochorenie - Popíšte, prosím, podrobne **spôsob a druh liečenia** (názvy a dávkovanie liekov, druh aplikácie liekov, druh podpornej liečby):

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

Nález zo dňa:

Opis (Rtg, CT, nukleárna magnetická rezonancia, Audio, Perimeter,...) popíšte podrobne spôsob a druh ošetrovania, liečenia:

Ak bola rehabilitácia, uveďte druh a výsledky liečby, ako často a ako dlho bola vykonávaná:

Bol pacient pre rovnaké ochorenie v minulosti už liečený alebo bola poranená končatina, resp. orgán funkčne alebo inak postihnutá/-ý/ už pred týmto úrazom?

Ako? V akom rozsahu?

Ak došlo k predĺženiu liečenia ochorenia či priemerného času nevyhnutného liečenia telesného poškodenia úrazom **v dôsledku ďalších komplikácií**, uveďte z akej príčiny a o aký druh komplikácie išlo:

Skutočný čas nevyhnutného liečenia následkov úrazu (vrátane tejto komplikácie) trval od: do:

Kde bol pacient s uvedeným úrazom alebo ochorením hospitalizovaný?

od: do:

Predpokladáte, že úraz zanechá trvalé následky?

áno nie

Ak áno, popíšte pravdepodobný druh a rozsah:

Nastal úraz následkom požitia alkoholu alebo návykových látok?

áno nie

O aký druh návykovej látky išlo?

Bolo zistené %o alkoholu.

Pracovná neschopnosť: ak bolo vystavené hlásenie o PN, pracovná neschopnosť trvala od: do:

Práceschopný od:

Tento úsek vyplňte len v prípade pracovnej neschopnosti z dôvodu ochorenia:

Povolené vychádzky: Deň: hodina:

Časť na vyplnenie údajov k potvrdeniu trvalých následkov úrazu

Aké trvalé následky úrazu zo dňa zanechal? Popis objektívnych príznakov, najmä poruchy funkcií tých častí ľudského organizmu, ktoré boli úrazom postihnuté, pri jazvách uveďte presne ich veľkosť [dĺžka, plocha, tvar (vypuklosť) a lokalizáciu].

Majú vplyv na rozsah trvalých následkov úrazu choroby s úrazom nesúvisiace? Ak áno, tak aké? (Napríklad diabetes melitus, chronické ochorenie pečene a pod.)

Nastali zistené zmeny zdravotného stavu výlučne úrazom?

Je liečenie úrazu skončené a súčasný stav ustálený? áno nie Ak nie, uveďte prognózu:

Bola poranená končatina alebo orgán funkčne alebo inak postihnutá(-ý) už pred týmto úrazom?

Kedy? V akom rozsahu?

V prípade, že úrazom došlo k obmedzeniu rozsahu pohybu v kĺboch končatín, resp. sa jedná o jazvy vzniknuté následkom úrazu, je potrebné vyplniť aj Prílohu č. 1 k Hláseniu poisťovnej udalosti. Príloha č. 1 k Hláseniu poisťovnej udalosti je vyplnená: áno nie

Ostatné zdravotné oznámenia ošetrojúceho lekára:

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

V prípade požiadavky revízneho lekára Allianz - Slovenskej poisťovne, a. s. vyslovuje ošetrojúci lekár súhlas k účinnej spolupráci.

Záznamy poisťovne:

V dňa

Pečiatka a podpis ošetrojúceho lekára,
zdravotníckeho zariadenia



Hlásenie poistnej udalosti

a) času nevyhnutného liečenia, denného odškodného (ČNL, DO, DON)

b) trvalých následkov úrazu (TN)

Ak je doložená kompletná zdravotná dokumentácia, týkajúca sa liečenia úrazu, nie je potrebné vyplniť Správu ošetrujúceho lekára (druhá strana tlačiva). V prípade hospitalizácie tiež prepúšťaciú správu z nemocnice.

c) pracovnej neschopnosti z dôvodu ochorenia alebo úrazu z poistenia: - ušlého zárobku (UZ) - náhrady poistného pri dlhodobej PN (NP1)

K hláseniu poistnej udalosti priložte fotokópiu potvrdenia o pracovnej neschopnosti a zdravotnú dokumentáciu vzťahujúcu sa k úrazu/ochoreniu, ktorú máte k dispozícii.

Pokyny pre poisteného:

- Pri telesných poškodeniach spôsobených úrazom vzniká nárok buď na denné odškodné počas doby nevyhnutného liečenia úrazu (DO, DON), ak je pracovná neschopnosť minimálne 22 dní, resp. minimálne 15 dní, alebo za čas nevyhnutného liečenia úrazu (ČNL), ak je čas nevyhnutného liečenia minimálne 15 dní – počet dní vyplýva z textu zmluvného dojednania a príslušných poistných podmienok.
- Klient vyplní prvú stranu, ostatné strany vyplňuje odborný lekár, ktorý daný úraz/ochorenie liečil. V prípade, že úraz/ochorenie liečil len praktický lekár, vyplní ostatné strany on.
- Nárok na plnenie za trvalé následky úrazu vzniká po ukončení liečenia a po ich ustálení. V prípade, ak zdravotný stav nie je ustálený, po 3 rokoch odo dňa úrazu.
- V prípade, že nie je medzi poisťovňou a zdravotníckym zariadením uzatvorená zmluva, uhrádzate ošetrujúcemu lekárovi za vyplnenie druhej strany tlačiva sumu 4,98 EUR. Prijatie sumy Vám potvrdí lekár vydaním potvrdenky, ktorú priložte k hláseniu.
- Odpovedzte, prosím, na všetky otázky. Ak na niektoré otázky neviete odpovedať, výslovne to uveďte, v prípade nedostatku miesta napíšte, prosím, odpoveď na čistý list a priložte ho k tomuto formuláru.

Uveďte, prosím, čísla všetkých poistných zmlúv, ktorými ste v Allianz - Slovenskej poisťovni, a. s., poistený pre riziko úrazu a pre riziko ušlého zárobku pri pracovnej neschopnosti (z ktorých si uplatňujete nárok na poistné plnenie za oznamovanú udalosť):

Meno poisteného:		Rodné číslo:	/	Dátum narodenia:
Adresa zamestnávateľa / vlastnej firmy:		Zamestnanie:		
Trvalé bydlisko:		PSČ:	Pošta:	
Telefonický kontakt:	domov	do zamestnania	e-mailová adresa	
Úraz nastal dňa:	o	hod., miesto	Popíšte súvisle okolnosti – ako došlo k úrazu , s uvedením, ktorá časť tela bola poranená	

Bola poranená časť tela postihnutá už pred týmto úrazom? Ak áno, popíšte ako?

Ste pravák ľavák

Popíšte **subjektívne fažkosti**

Ak bola vystavená PN, kto a kedy ju vystavil?

Meno a adresa lekára, v evidencii ktorého máte zdravotnú kartu:

Adresa zdravotníckeho zariadenia, ktoré poskytlo **prvé ošetrovanie a kedy**:

Adresa zdravotníckeho zariadenia, kde ste sa **následne liečili**:

Vyšetrovala prípad polícia? Ak áno, uveďte: adresu útvaru, ktorý prípad vyšetroval, meno vyšetrovateľa, ak viete, uveďte aj telefonický kontakt, prípadne aj číslo vyšetrovacieho spisu:

Stal sa úraz pri športe alebo inej telovýchovnej aktivite?

Aký šport vykonávate?

Ste **registrovaný športovec**? áno nie

Ak áno, v akom športe a s ktorou organizáciou?

Ak ide o úraz motorovým vozidlom, druh a továrnska značka motorového vozidla:

Evidenčné číslo vozidla:

Meno a adresa vodiča:

Tento odsek vyplňte, prosím, len k hláseniu pracovnej neschopnosti z dôvodu ochorenia aj úrazu z poistenia ušlého zárobku (UZ) a náhrady poistného pri dlhodobej PN (NP1):

Kedy ste v súvislosti s ochorením, pre ktoré si nárokujete dennú náhradu prvý raz navštívili lekára:

Kto a kedy vystavil doklad o PN?

Uveďte diagnózu a adresu lekára, ktorý ju stanovil:

Liečili ste sa v minulosti na uvedené ochorenie? Ak áno, kedy a kde:

Ku ktorému lekárovi,-om chodíte na kontrolu? (uveďte meno a adresu, príp. číslo telefónu)

Kde sa počas PN zdržujete? Uveďte adresu a číslo telefónu:

Máte lekárom povolené vychádzky? Ak áno, kedy a kde:

Ste poistený v inej poisťovni pre ušlý zárobok za dobu PN? áno nie Ak áno, v ktorej a na akú dennú náhradu?

Obdržali ste alebo obdržíte ďalšiu náhradu mzdy za dobu trvania PN (choroba z povolania, pracovný úraz a pod.)? áno nie Ak áno, od koho, v akej výške a za aké obdobie?

Vyhlasujem, že všetky moje odpovede na písomné otázky poisťovateľa týkajúce sa hlásenej poistnej udalosti sú úplné a pravdivé, že som na uplatnenie nároku v Allianz - Slovenskej poisťovni, a. s. vyplnil len jedno Hlásenie poistnej udalosti, ktoré predkladám a že som si vedomý dôsledkov nesprávnych odpovedí na povinnosť poisťovne plniť. Vyhlasujem, že súhlasím s tým, aby si poisťovateľ zisťoval a prešetroval môj zdravotný stav u všetkých lekárov, v zdravotníckych zariadeniach a zariadeniach poskytujúcich zdravotnú starostlivosť, v ktorých som sa liečil(a), liečim alebo budem liečiť. Splnomocňujem lekára, zdravotnícke zariadenia a zariadenia poskytujúce zdravotnú starostlivosť k vyhotoveniu lekárskeho správy, výpisov zo zdravotníckej dokumentácie či jej zapožičaniu za účelom prípadných zmien poistnej zmluvy a pre vybavovanie poistných udalostí i na dobu po mojej smrti. Zároveň zbavujem povinnosti zachovávať mlčanlivosť voči poisťovateľovi všetkých lekárov, ktorí ma liečili alebo s ktorými som konzultoval(a) svoj zdravotný stav. Taktiež vyhlasujem, že súhlasím s tým, aby si poisťovateľ vyžiadala fotokópiu pracovnej neschopnosti vzťahujúcej sa k poistnej udalosti (ak ju neprikladám teraz) na príslušnej pobočke Sociálnej poisťovne a potvrdenie výšky nemocenských dávok od príslušnej Sociálnej poisťovne, resp. od môjho zamestnávateľa.

„Poisťnik je poistený, resp. v prípade úmrtia poisteného v dôsledku úrazu oprávnená,-é osoba,-y berieme na vedomie, že osobné údaje nachádzajúce sa na tomto tlačive sme poisťovateľovi povinní poskytnúť v zmysle platného zákona o poisťovníctve, a že budú spracované v informačnom systéme poisťovateľa. Zároveň berieme na vedomie, že poisťovateľ je oprávnený v súlade so zákonom č. 428/2002 Z. z. o ochrane osobných údajov v znení neskorších predpisov získať uvedené osobné údaje kopírovaním, skenovaním, alebo iným zaznamenávaním na nosič informácií.

Zároveň dávame poisťovateľovi súhlas: - s poskytnutím osobných údajov tretím osobám v súvislosti so správou poistenia, likvidáciou poistných udalostí, vymáhaním pohľadávok, zaistovaním na účely zaistenia a peňažným ústavom za účelom vinkulácie, - s cezhraničným prenosom osobných údajov, vykonávaným na účely správy poistenia a na účely likvidácie poistných udalostí do krajín, ktoré zaručujú primeranú úroveň ochrany osobných údajov ako aj do krajín, ktoré nezaručujú primeranú úroveň ochrany osobných údajov. Súhlas sa udeľuje na dobu do vysporiadania všetkých záväzkov vyplývajúcich z poistnej zmluvy. Poisťnik je poistený, resp. v prípade úmrtia poisteného v dôsledku úrazu oprávnená,-é osoba,-y sú oprávnení tento súhlas odvolať s tým, že jeho účinky nastanú okamihom vysporiadania všetkých záväzkov vyplývajúcich z poistnej zmluvy, pričom povinnosti vyplývajúce z osobitných predpisov tým nie sú dotknuté (napríklad zákon o archivníctve). V prípade, že má poisťovateľ podľa zákona o ochrane osobných údajov oznamovaciu povinnosť voči klientovi, táto oznamovacia povinnosť môže byť splnená aj tak, že sa daný oznam uverejní aj na príslušnej internetovej stránke poisťovateľa.“

Uplatňujem si nárok na plnenie a k svojej žiadosti prikladám kusov dokladov:

Plnenie poukážete na adresu / účet:

V _____ dňa _____

Podpis poisteného (jeho zákonného zástupcu, poisťníka, prípadne oprávnenej osoby)

Kópia pre klienta

Správa ošetrojúceho lekára

V prípade, že nie je uzavretá zmluva medzi poisťovňou a zdravotníckym zariadením, za vyplnenie tohto dokladu Vám patrí odmena vo výške 4,98 EUR, ktorú Vám uhradí poisťovník. **Prosíme o vystavenie príjmového dokladu.**

Prijatie uvedenej sumy 4,98 EUR od pacienta týmto potvrdzujem: áno nie

Ošetrojúci lekár potvrdzuje, že ošetroval pacienta, ktorý je uvedený na prvej strane tohto hlásenia a zistil telesné poškodenia a zdravotné ujmy tohto druhu a rozsahu.

Prvé ošetrenie pre uvedený úraz alebo ochorenie poskytol: Dňa: _____ o hod. _____

Adresa zdravotníckeho zariadenia:

Meno lekára: _____ Telefonický kontakt: _____

Úraz - Popíšte, prosím, **diagnózu** (podľa MKCH-10) **vlastného zranenia** a podrobný popis telesného poškodenia, spôsobeného úrazom s určením jeho rozsahu:

Ochorenie - Popíšte, prosím, podrobne **spôsob a druh liečenia** (názvy a dávkovanie liekov, druh aplikácie liekov, druh podpornej liečby):

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

Nález zo dňa:

Opis (Rtg, CT, nukleárna magnetická rezonancia, Audio, Perimeter,...) popíšte podrobne spôsob a druh ošetrovania, liečenia:

Ak bola rehabilitácia, uveďte druh a výsledky liečby, ako často a ako dlho bola vykonávaná:

Bol pacient pre rovnaké ochorenie v minulosti už liečený alebo bola poranená končatina, resp. orgán funkčne alebo inak postihnutá/-ý/ už pred týmto úrazom? Ako? V akom rozsahu?

Ak došlo k predĺženiu liečenia ochorenia či priemerného času nevyhnutného liečenia telesného poškodenia úrazom **v dôsledku ďalších komplikácií**, uveďte z akej príčiny a o aký druh komplikácie išlo:

Skutočný čas nevyhnutného liečenia následkov úrazu (vrátane tejto komplikácie) trval od: _____ do: _____

Kde bol pacient s uvedeným úrazom alebo ochorením hospitalizovaný?

od: _____ do: _____

Predpokladáte, že úraz zanechá trvalé následky?

áno nie

Ak áno, popíšte pravdepodobný druh a rozsah:

Nastal úraz následkom požitia alkoholu alebo návykových látok?

áno nie

O aký druh návykovej látky išlo?

Bolo zistené ‰ alkoholu.

Pracovná neschopnosť: ak bolo vystavené hlásenie o PN, pracovná neschopnosť trvala od: _____ do: _____

Práceschopný od:

Tento úsek vyplňte len v prípade pracovnej neschopnosti z dôvodu ochorenia:

Povolené vychádzky: Deň: _____ hodina: _____

Časť na vyplnenie údajov k potvrdeniu trvalých následkov úrazu

Aké trvalé následky úrazu od dňa _____ zanechal? Popis objektívnych príznakov, najmä poruchy funkcií tých častí ľudského organizmu, ktoré boli úrazom postihnuté, pri jazvách uveďte presne ich veľkosť [dĺžka, plocha, tvar (vypuklosť) a lokalizáciu].

Majú vplyv na rozsah trvalých následkov úrazu choroby s úrazom nesúvisiace? Ak áno, tak aké? (Napríklad diabetes melitus, chronické ochorenie pečene a pod.)

Nastali zistené zmeny zdravotného stavu výlučne úrazom?

Je liečenie úrazu skončené a súčasný stav ustálený? áno nie Ak nie, uveďte prognózu:

Bola poranená končatina alebo orgán funkčne alebo inak postihnutá(-ý) už pred týmto úrazom?

Kedy? _____ V akom rozsahu?

V prípade, že úrazom došlo k obmedzeniu rozsahu pohybu v kĺboch končatín, resp. sa jedná o jazvy vzniknuté následkom úrazu, je potrebné vyplniť aj Prílohu č. 1 k Hláseniu poisťovnej udalosti. Príloha č. 1 k Hláseniu poisťovnej udalosti je vyplnená: áno nie

Ostatné zdravotné oznámenia ošetrojúceho lekára:

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

V prípade požiadavky revízneho lekára Allianz - Slovenskej poisťovne, a. s. vyslovuje ošetrojúci lekár súhlas k účinnej spolupráci.

Záznamy poisťovne:

Pečiatka a podpis ošetrojúceho lekára,
zdravotníckeho zariadenia

V dňa

Hlásenie poistnej udalosti

- Čas nevyhnutného liečenia, denné odškodné doby liečenia a hospitalizácie
- Trvalé následky úrazu
- Pracovná neschopnosť z dôvodu ochorenia alebo úrazu (ušlý zárobok, náhrada poistného pri dlhodobej PN)