



# úraz oznámenie poistnej udalosti

číslo návrhu zmluvy / poistnej zmluvy

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Denné odškodné  Trvalé telesné poškodenie následkom úrazu

## Poistený

Nemocenské poistenie  Áno  Nie Kód zdravotnej poisťovne

Priezvisko	Meno, titul pred menom	Rodné číslo																		
Adresa (ulica, číslo, obec / mesto)												PSČ			Telefón					
Doklad totožnosti <input type="checkbox"/> OP/ID <input type="checkbox"/> Pas		Číslo dokladu totožnosti					Štátna príslušnosť													
Zamestnanie, odbor																				
Názov a adresa zamestnávateľa															Telefón do zamestnania					

## Údaje o úraze

Dátum úrazu																				
Čas úrazu										Miesto úrazu										

### Ako došlo k úrazu (podrobne popíšte)

Ktorá časť tela bola postihnutá a ako																			
---------------------------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Došlo k úrazu pri športe? <input type="checkbox"/> Áno <input type="checkbox"/> Nie	Ak áno, uveďte druh športu	Ste registrovaný? <input type="checkbox"/> Áno <input type="checkbox"/> Nie	Ak áno, uveďte druh športu	Odkedy
---	----------------------------	---	----------------------------	--------

Došlo k úrazu pod vplyvom alkoholu alebo omamných látok? <input type="checkbox"/> Áno <input type="checkbox"/> Nie	Došlo k úrazu pri dopravnej nehode? <input type="checkbox"/> Áno <input type="checkbox"/> Nie	Kto úraz zaviniť?
--	---	-------------------

Bola udalosť vyšetrovaná políciou? <input type="checkbox"/> Áno <input type="checkbox"/> Nie	Názov a adresa vyšetrojúceho orgánu
--	-------------------------------------

Mená a adresy svedkov udalosti (prip. i telefónne čísla)

Meno lekára a adresa zariadenia, ktoré poskytlo prvé ošetrenie	Dátum prvého ošetrenia	Hodina prvého ošetrenia
--	------------------------	-------------------------

Meno lekára a adresa zariadenia, kde ste sa ďalej liečili

## Osoba uplatňujúca si nárok na poistné plnenie

Bez vyplnenia tejto časti nie je možné poskytnúť poistné plnenie. Podpis osoby uplatňujúcej si nárok na poistné plnenie vyššie ako 16 600 € musí byť úradne overený.

Zákonný zástupca  Poistený

Priezvisko	Meno, titul pred menom	Rodné číslo																		
Adresa (ulica, číslo, obec / mesto)												PSČ			Telefón					
Doklad totožnosti <input type="checkbox"/> OP/ID <input type="checkbox"/> Pas		Číslo dokladu totožnosti					Štátna príslušnosť													

## Poistné plnenie

Poistné plnenie poukážte na účet číslo  -  /

Pokiaľ nemáte účet, uveďte adresu, na ktorú má byť poistné plnenie zaslané

## Podpisy a vyhlásenia

Som si vedomý(á) dôsledkov nesprávnych odpovedí pre priznanie poistného plnenia. Súhlasím, aby si AXA životní poisťovňa a.s., pobočka poisťovne z iného členského štátu vyžiadala všetku potrebnú dokumentáciu súvisiacu s mojím zdravotným stavom.

Dátum podpisu	Miesto	Podpis Poisteného / zákonného zástupcu



# správa odborného lekára o úraze

číslo návrhu zmluvy / poisťnej zmluvy

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Náklady na vyplnenie tohto formulára budú uhradené poisťovateľom do výšky 10 € v prípade uznania nároku na poistné plnenie.

## Údaje o úraze (vyplní lekár)

Zodpovedá telesné poškodenie okolnostiam, ako postihnutý uviedol? <input type="checkbox"/> Áno <input type="checkbox"/> Nie	Diagnóza - kód
---	----------------

Meno lekára a adresa zariadenia, ktoré poskytlo prvé ošetrovanie	Dátum prvého ošetrovania
	Hodina prvého ošetrovania

Diagnóza - **podrobný popis** všetkých telesných poškodení spôsobených úrazom

Bol už poranený orgán pred úrazom funkčne poškodený? <input type="checkbox"/> Áno <input type="checkbox"/> Nie	Kedy dátum
--	------------

Akým spôsobom?	V akom rozsahu?
----------------	-----------------

Dátum RTG a ďalších zobrazovacích vyšetrení	Popis RTG a ďalších zobrazovacích vyšetrení
---	---

Meno odborného lekára, u ktorého je postihnutý v starostlivosti	Od	Do
---	----	----

Priebeh a spôsob liečenia - **podrobne popíšte**

Došlo k úrazu pod vplyvom alkoholu alebo omamných látok? <input type="checkbox"/> Áno <input type="checkbox"/> Nie	Druh omamnej látky	% alkoholu v krvi
--	--------------------	-------------------

Bolo príčinou úrazu úmyselné samopoškodenie? <input type="checkbox"/> Áno <input type="checkbox"/> Nie	Bol porušený liečebný režim? <input type="checkbox"/> Áno <input type="checkbox"/> Nie	Zanechal úraz trvalé následky? <input type="checkbox"/> Áno <input type="checkbox"/> Nie
--	--	--

Aké - popis, rozsah

Je rozsah trvalých následkov už ustálený? <input type="checkbox"/> Áno <input type="checkbox"/> Nie	Hospitalizácia	Od	Do
---	----------------	----	----

### Priložte prepúšťaciu správu a v prípade operácie i pooperačný protokol.

Pevná fixácia	Od	Do
---------------	----	----

Rehabilitácia	Od	Do
---------------	----	----

Pracovná neschopnosť v dôsledku úrazu (vrátane)	Od	Do
---	----	----

U detí a študentov uveďte dobu nevyhnutného liečenia (neúčast v školnej dochádzke), ktorá by sa rovnala pracovnej neschopnosti

Iné správy lekára

V prípade, že vám nestačí formulár, priložte, prosím, podpísanú prílohu s uvedením čísla zmluvy. Počet príloh

--	--

## Podpisy a vyhlásenia

Potvrdzujem, že údaje v lekárskej správe sa týkajú osoby uvedenej na prvej strane formulára.

Dátum podpisu	Adresa a telefón ošetrojúceho lekára	Otlačok pečiatky a podpis ošetrojúceho lekára
Miesto		