

Konverzný kurz: 1 EUR = 30,1260 SKK

## KOMUNÁLNA poisťovňa, a. s. Vienna Insurance Group

Štefánikova 17, 811 05 Bratislava

Akciová spoločnosť je zapísaná v Obchodnom registri Okresného súdu Bratislava 1, oddiel: Sa, vložka č.: 3345/B



Vyplní poisťovňa:

Prijaté dňa:

Číslo poistnej udalosti:

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

## SPRÁVA O TRVALÝCH NÁSLEDKOCH ÚRAZU

### ÚDAJE O POISTENOM (vyplňuje poistený, resp. zákonný zástupca za maloletého poisteného)

Číslo poistnej zmluvy: .....

Meno a priezvisko poisteného: .....

Rodné číslo: ..... / ..... Zamestnanie: .....

Bydlisko: ..... PSČ: .....

Adresa zamestnávateľa: .....

Telefón domov: ..... Telefón do zamestnania: .....

Dátum vzniku úrazu:

Ktorá časť tela bola poranená?

Ste pravák   
ľavák

Bola táto časť tela funkčne alebo inak postihnutá už pred týmto úrazom?

### Pokyny k výplате poistného plnenia (vyplňuje poistený, resp. zákonný zástupca maloletého poisteného)

#### Výplata poistného plnenia (označte jednu z možností)

Plnenie poukážete na účet číslo: ..... Vedený v banke: .....

Plnenie poukážete na OPÚ MAX číslo: .....

Zašlite na adresu: .....

#### Prehlásenie zákonného zástupcu maloletého poisteného (vyplňuje zákonný zástupca)

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

Vzťah k maloletému: ..... telefón do zamestnania ..... telefón domov .....

Čestne prehlasujem, že som oprávnený zastupovať a spravovať veci maloletého .....

a som si vedomý dôsledkov, ak som uviedol(a) v prehlásení nepravdivé údaje.

Podpis zákonného zástupcu .....

Prehlasujem, že som na všetky otázky uvedené vo formulári odpovedal pravdivo a úplne a že som si vedomý dôsledkov nesprávnych odpovedí na povinnosť poisťovateľa plniť. Súhlasím, aby si spoločnosť KOMUNÁLNA poisťovňa, a.s. Vienna Insurance Group vyžiadala všetku potrebnú dokumentáciu, vzťahujúcu sa k poistnej udalosti. Súčasne pozbavujem lekárov mlčanlivosti o všetkých skutočnostiach, týkajúcich sa môjho (maloletého poisteného) zdravotného stavu. Súhlasím s poskytnutím osobných údajov a ich spracovaním v informačnom systéme spoločnosti KOMUNÁLNA poisťovňa, a.s. Vienna Insurance Group.

#### Pokyny:

Druhú stranu „Správa ošetrujúceho lekára“ vyplní ošetrujúci lekár.

Vyplnený formulár zašlite na adresu poisťovne.

## SPRÁVA OŠETRUJÚCEHO LEKÁRA

Ošetrojúci lekár potvrdzuje, že ošetroval osobu, ktorá je uvedená na prednej strane tohto formuláru a zistil nižšie uvedené telesné poškodenia a zdravotné ujmy tohto druhu a rozsahu:

### 1. Aké trvalé následky úraz zanechal?

(Popis objektívnych príznakov, najmä stratu, prípadne stratu funkčnosti tých častí organizmu, ktoré boli úrazom postihnuté)

- V prípade zranenia končatiny presný popis obmedzenia funkcie, hybnosti, svalovej sily atď. v porovnaní so zdravou končatinou.
- V prípade zranenia oka – visus – stupeň poškodenia oproti fyziologickému nálezu a stavu pred zranením.
- V prípade zranenia ucha – sluch – stupeň poškodenia oproti fyziologickému nálezu a stavu pred zranením.
- Pri jazvách uviesť presne ich veľkosť – dĺžka, plocha, tvar – vypuklosť, lokalizáciu.

### 2. Diagnóza

### 3. Nastali zistené odchýlky v zdravotnom stave výlučne následkom úrazu?

### 4. Majú vplyv na celkový rozsah trvalých následkov úrazu stavy, ktoré s úrazom nesúvisia? Ak áno, aké?

### 5. Je liečenie skončené, súčasný stav ustálený?

Ak nie, uveďte prognózu:

### 6. Bola poranená končatina alebo orgán funkčne alebo inak postihnutá už pred týmto úrazom?

### 7. Ostatné oznámenia ošetrojúceho lekára

### 8. Meno a adresa ošetrojúceho lekára

V súlade s § 2 ods. 3) Zákona č. 659/2007 Z.z. o zavedení meny euro v Slovenskej republike sa konečné sumy v eurách po prepočte podľa konverzného kurzu zaokrúhľujú na dve desatinné miesta na najbližší euro cent podľa pravidiel ustanovených osobitným predpisom. Po 1.1.2009 je hodnota uvedená v SKK len informatívna.

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

V ..... dňa .....

.....  
pečiatka a podpis ošetrojúceho lekára

## INÉ ZÁZNAMY (vyplní poisťovňa)