



## Oznámenie trvalých následkov úrazu

Pre urýchlenie likvidácie je potrebné, aby ste odpovedali na všetky otázky čo najpresnejšie a najvýstižnejšie. Správne odpovede označte krížikom v príslušnom štvorčeku a uveďte odpovede na doplnkové otázky. **Priložte všetky dostupné doklady a lekárske správy.**

- Nárok na poistné plnenie za trvalé následky úrazu vzniká:
  - v prípade ukončenia liečenia, ak je zdravotný stav ustálený
  - v prípade ak zdravotný stav nie je ustálený, po 3 rokoch odo dňa úrazu
- „Lekársku správu“ (viď druhá strana) predložte na vyplnenie svojmu ošetrovujúcemu lekárovi, ktorý má k dispozícii zdravotnú dokumentáciu týkajúcu sa Vášho úrazu
- Zašlite nám vyplnené tlačivá spolu s fotokópiou zdravotnej dokumentácie, vrátane popisov RTG snímok týkajúcich sa Vášho úrazu
- Na prípadnú zdravotnú prehladku Vás vyzve zamestnanec poisťovne, resp. odborný lekár. Postupujte podľa pokynov uvedených v predvolaní na prehladku. Účelne vynaložené náklady spojené s lekárskou prehladkou znáša poisťovňa (podľa predložených dokladov).
- Odškodnenie trvalých následkov bude vyplatené po ukončení likvidačného šetrenia poisťovňou.

<b>Meno poisteného</b>		<b>Číslo Poistnej zmluvy</b>	
Bydlisko		Tel. číslo	
PSČ / Mesto (Obec)		e-mail	
Rodné číslo poisteného		Číslo účtu, resp. adresu pre výplatu poistného plnenia	

<b>Dátum a čas úrazu</b>	dňa ..... o ..... : ..... hod.	
Miesto vzniku úrazu		
<b>Podrobný popis vzniku a priebehu úrazu</b>		
Uveďte zranenia a poškodené časti tela		
Mali ste už niektoré z hlásených poškodení pred úrazom?	<input type="checkbox"/> nie	<input type="checkbox"/> áno Uveďte aké a kedy: .....
Došlo počas liečenia alebo rekonvalescencie k udalosti majúcej vplyv na zhoršenie zdravotného stavu?	<input type="checkbox"/> nie	<input type="checkbox"/> áno Uveďte aká: .....
Bol Vám priznaný invalidný dôchodok?	<input type="checkbox"/> nie	<input type="checkbox"/> áno Kedy: ..... Z akého dôvodu: .....

Vyhlasujem, že všetky moje odpovede na písomné otázky poistiteľa, ako aj všetky údaje, ktoré som uviedol v tomto oznámení sú pravdivé a úplné a že som si vedomý možných dôsledkov v prípade zamlčania závažných okolností alebo uvedenia nesprávnych informácií.

Svojím podpisom na tomto oznámení dávam poistiteľovi súhlas na spracúvanie osobných údajov o mojom zdravotnom stave, ktoré sú uvedené v tomto oznámení, vo vyhotoveniach lekárskejších správ, výpisoch zo zdravotnej dokumentácie a ktorých spracúvanie je nevyhnutné na účely plnenia zmluvných a zákonných práv a povinností poistiteľa, a to v súvislosti so šetrením príčin vzniku poistnej udalosti a rozsahu povinností poistiteľa plniť. Uvedený súhlas je platný na dobu šetrenia poistnej udalosti a na dobu potrebnú na zabezpečenie plnenia práv a povinností poistiteľa v súvislosti s poskytnutím poistného plnenia v zmysle platnej legislatívy.

Súhlasím s tým, aby poistiteľ zisťoval a prešetroval môj zdravotný stav u všetkých lekárov, v zdravotníckych zariadeniach a v zariadeniach poskytujúcich zdravotnú starostlivosť, v ktorých som sa liečil alebo sa budem liečiť.

Zbavujem povinnosti zachovávať mlčanlivosť voči poistiteľovi a splnomocňujem lekára, zdravotnícke zariadenie a zariadenia poskytujúce zdravotnú starostlivosť k vyhotoveniu lekárskejších správ, výpisov zo zdravotnej dokumentácie, ako aj k jej zapožičaniu za účelom šetrenia poistných udalostí i na dobu po mojej smrti.

### Údaje o oprávnenej osobe (len v prípade smrti poisteného)

Meno a Priezvisko		Rodné č.:	
Vzťah k poistenému	<input type="checkbox"/> manžel/ka	<input type="checkbox"/> súrodenec	<input type="checkbox"/> rodič <input type="checkbox"/> iný:
Kontaktná adresa			
e-mail:		tel.:	

### Pre účely zistenia konfliktu záujmov prehlasujem, že som:

- |   |                              |                              |
|---|------------------------------|------------------------------|
| a) v zamestnanectve, či inom obdobnom pracovnoprávnom vzťahu k spoločnosti Colonnade                        | <input type="checkbox"/> áno | <input type="checkbox"/> nie |
| b) príbuzným (rodič, dieťa, prarodič, vnuk, vnučka, súrodenec, manžel/ka) zamestnanca spoločnosti Colonnade | <input type="checkbox"/> áno | <input type="checkbox"/> nie |
| c) finančným sprostredkovateľom v zmysle osobitného zákona pre spoločnosť Colonnade                         | <input type="checkbox"/> áno | <input type="checkbox"/> nie |

Zároveň potvrdzujem, že mi boli poskytnuté Informácie o spracúvaní osobných údajov podľa článkov 13 a 14 nariadenia Európskeho parlamentu a Rady 2016/679 o ochrane fyzických osôb pri spracúvaní osobných údajov a o voľnom pohybe takýchto údajov, ktoré sú prístupné aj na webovom sídle poistiteľa [www.colonnade.sk](http://www.colonnade.sk).

V ..... dňa .....  
Meno, podpis **poisteného** (oprávnenej osoby)

## LEKÁRSKA SPRÁVA

Meno pacienta: .....

Dátum narodenia: .....

Aké trvalé následky úraz 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:
---	---

Nastali zistené zmeny zdravotného stavu výlučne úrazom?	<input type="checkbox"/> áno	<input type="checkbox"/> nie	Prečo?
Majú vplyv na rozsah trvalých následkov úrazu choroby s úrazom nesúvisiace?	<input type="checkbox"/> nie	<input type="checkbox"/> áno	Aké (napr. diabetes mellitus, chronické ochorenie pečene a pod.) ?
Je liečenie úrazu skončené a súčasný stav ustálený?	<input type="checkbox"/> áno	<input type="checkbox"/> nie	Prečo? Prognóza .....
Bola poranená končatina alebo orgán funkčne alebo inak postihnutá (-ý) už pred týmto úrazom?	<input type="checkbox"/> nie	<input type="checkbox"/> áno	Kedy? Ako? V akom rozsahu?
Došlo počas liečenia alebo rekonvalescencie k udalosti majúcej vplyv na zhoršenie zdravotného stavu?	<input type="checkbox"/> nie	<input type="checkbox"/> áno	Úveďte aká

Iné oznamy lekára:
--------------------

V prípade požiadavky revízneho lekára poisťovne vyslovuje odborný lekár súhlas k účinnej spolupráci. V nutných prípadoch prosíme o spoluprácu pri zapožičaní RTG snímok pre potreby posúdenia trvalých následkov odborným lekárom poisťovne.	
Potvrdzujem, že údaje v LEKÁRSKEJ SPRÁVE súvisia s osobou uvedenou na opačnej strane formulára Oznamenia trvalých následkov úrazu a som si vedomý (á) dôsledku nepravdivých odpovedí.	
Názov a adresa zdravotníckeho zariadenia: .....	
Kontakt (tel., e-mail): .....	
V .....	dňa .....
	pečiatka a podpis lekára

## Oznámenie úrazu

Pre urýchlenie likvidácie je potrebné, aby ste odpovedali na všetky otázky čo najpresnejšie, najvýstižnejšie a pravdivo. Správne odpovede označte krížikom v príslušnom štvorčeku a uveďte odpovede na doplnkové otázky. **Priložte všetky dostupné doklady a lekárske správy.**

Po vyplnení prvej strany odovzdajte toto oznámenie ošetrojúcemu lekárovi na vyplnenie druhej strany a obratom doručte do poisťovne. Ak nestačí miesto na vyplnenie, uveďte údaje na samostatnej prílohe.

<b>Meno poisteného</b>	
Ulica a číslo domu	
PSČ / Mesto (Obec)	
Rodné číslo poisteného	
<b>Číslo Poistnej zmluvy</b>	
Tel. číslo	
e-mail	
Číslo účtu, resp. adresu pre výplatu poistného plnenia	

<b>Kedy došlo k úrazu</b>	dňa ..... o ..... : ..... hod.	Miesto úrazu
<b>Okolnosti vzniku úrazu (uveďte podrobne ako a pri akej činnosti k úrazu došlo)</b>		
Názov a adresa zdrav. zariadenia, ktoré poskytlo prvé ošetrovanie		
Názov a adresa zdrav. zariadenia, kde bol úraz liečený		
Uveďte zranenia a poškodené časti tela		
Mali ste už niektoré z hlásených poškodení pred úrazom?	<input type="checkbox"/> nie	<input type="checkbox"/> áno uveďte aké a kedy
Došlo k úrazu pri výkone povolania?	<input type="checkbox"/> nie	<input type="checkbox"/> áno uveďte adresu pracoviska povolania (pracovné zaradenie)
Označte alebo opíšte zdroj, ktorý bol príčinou úrazu	<input type="checkbox"/> - manipulácia so strojmi nástrojmi alebo materiálom <input type="checkbox"/> - spadnutie, šmyknutie <input type="checkbox"/> - pád predmetov, zavalenie a pod. <input type="checkbox"/> - dopravné prostriedky: osobné, nákladné, vlak, iné <input type="checkbox"/> - účastník dopravy, chodec <input type="checkbox"/> - výbuch, chemikálie, strelné zbrane, elektrina <input type="checkbox"/> - popáleniny, plyny, žieraviny, jedy, omrznutia, žiarenie, poleptanie <input type="checkbox"/> - napadnutie inou osobou alebo zvieratami <input type="checkbox"/> - iný zdroj .....	
Ak ide o úraz pri telovýchovnej alebo športovej činnosti, uveďte	bola činnosť organizovaná? <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> ÁNO – akou organizáciou? pre aký šport máte registračný preukaz? vykonávate tento šport aktívne? <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> ÁNO – v akej súťaži?	

**Údaje o chorobe** (vyplňte iba v prípade nárokovania si poistného plnenia v dôsledku choroby)

Charakteristika ochorenia (uveďte z titulu akého ochorenia si nárokovujete poistné plnenie)
Trpeli ste týmto ochorením už v minulosti? <input type="checkbox"/> ÁNO <input type="checkbox"/> NIE
Kedy bolo ochorenie diagnostikované (prvé príznaky ochorenia):
Bolo ochorenie klasifikované ako choroba z povolania? <input type="checkbox"/> ÁNO <input type="checkbox"/> NIE

<b>Pre účely zistenia konfliktu záujmov prehlasujem, že som:</b>	
a) v zamestnaneckom, či inom obdobnom pracovnoprávnom vzťahu k spoločnosti Colonnade	<input type="checkbox"/> áno <input type="checkbox"/> nie
b) príbuzným (rodič, dieťa, prarodič, vnuk, vnučka, súrodenec, manžel/ka) zamestnanca spoločnosti Colonnade	<input type="checkbox"/> áno <input type="checkbox"/> nie
c) finančným sprostredkovateľom v zmysle osobitného zákona pre spoločnosť Colonnade	<input type="checkbox"/> áno <input type="checkbox"/> nie

Vyhlasujem, že všetky moje odpovede na písomné otázky poistiteľa, ako aj všetky údaje, ktoré som uviedol v tomto oznámení sú pravdivé a úplné a že som si vedomý možných dôsledkov v prípade zamlčania závažných okolností alebo uvedenia nesprávnych informácií.

Svojim podpisom na tomto oznámení dávam poisťiteľovi súhlas na spracúvanie osobných údajov o mojom zdravotnom stave, ktoré sú uvedené v tomto oznámení, vo vyhotoveniach lekárskeho správ, výpisoch zo zdravotnej dokumentácie a ktorých spracúvanie je nevyhnutné na účely plnenia zmluvných a zákonných práv a povinností poistiteľa, a to v súvislosti so šetrením príčin vzniku poistnej udalosti a rozsahu povinností poistiteľa plniť. Uvedený súhlas je platný na dobu šetrenia poistnej udalosti a na dobu potrebnú na zabezpečenie plnenia práv a povinností poistiteľa v súvislosti s poskytnutím poistného plnenia v zmysle platnej legislatívy.

Súhlasím s tým, aby poisťiteľ zisťoval a prešetroval môj zdravotný stav u všetkých lekárov, v zdravotníckych zariadeniach a v zariadeniach poskytujúcich zdravotnú starostlivosť, v ktorých som sa liečil alebo sa budem liečiť.

Zbavujem povinnosti zachovávať mlčanlivosť voči poisťiteľovi a splnomocňujem lekára, zdravotnícke zariadenie a zariadenia poskytujúce zdravotnú starostlivosť k vyhotoveniu lekárskeho správ, výpisov zo zdravotnej dokumentácie, ako aj k jej zapožičaniu za účelom šetrenia poistných udalostí i na dobu po mojej smrti.

Zároveň potvrdzujem, že mi boli poskytnuté Informácie o spracúvaní osobných údajov podľa článkov 13 a 14 nariadenia Európskeho parlamentu a Rady 2016/679 o ochrane fyzických osôb pri spracúvaní osobných údajov a o voľnom pohybe takýchto údajov, ktoré sú prístupné aj na webovom sídle poisťiteľa [www.colonnade.sk](http://www.colonnade.sk).

V ..... dňa .....  
Meno, podpis poisteného

## LEKÁRSKA SPRÁVA

Meno pacienta: .....

Dátum narodenia: .....

Prosíme ošetrojúceho lekára, ktorý ošetroval úraz uvedený na prvej strane tohto oznámenia, aby podľa zisteného rozsahu a druhu telesných zranení a zdravotnej ujmy vyplnil túto stranu oznámenia.

Kedy došlo k prvému lekárskemu ošetrovaniu?	dňa ..... o ..... : ..... hod.
<b>Diagnóza a podrobný popis telesného poškodenia úrazom / chorobou</b>	
Spôsob liečby (podrobne popíšte)	
Nález RTG s popisom	
Doliečenie (PN od kedy – do kedy)	

Došlo k úrazu pod vplyvom alkoholu alebo iných omamných alebo toxických látok?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	- Aké boli príznaky
	nie	áno	
Bola niektorá z poranených častí tela úrazom pred úrazom funkčne postihnutá?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	- Aká a ako
	áno	nie	
Ak došlo k predĺženiu priemerného času nevyhnutného liečenia v dôsledku komplikácií, uveďte príčinu a druh komplikácie			
Kde bol zranený hospitalizovaný	Kde .....		
	Od kedy ..... Do kedy .....		
Je predpoklad, že úraz zanechá trvalé následky?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Aký druh a rozsah
	nie	áno	
Ostatné zdravotné oznámenia lekára			

Potvrdzujem, že údaje v LEKÁRSKEJ SPRÁVE súvisia s osobou uvedenou na opačnej strane formulára Oznámenia úrazu a som si vedomý (á) dôsledku nepravdivých odpovedí.	
Názov a adresa zdravotníckeho zariadenia: .....	
Kontakt (tel., e-mail): .....	
V .....	dňa .....
pečiatka a podpis lekára	