

## 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 ošetrojúceho 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:

- 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, uhradte ošetrojúcemu lekárovi za vyplnenie druhej strany tlačiva sumu 6,00 EUR. Prijatie sumy Vám potvrdí lekár vydaním potvrdenky, ktorú priložte k hláseniu.
- 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 ťažkosti

Ak bola vystavená PN, kto a kedy ju vystavil?



F 3 L M 5 5 4 5 0 1

Pre interné potreby poisťovateľa

TL. č. 5545/xm - x./201x  
strana 1 z 5

**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 vyžiadal 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.

„Poisťník aj 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. 122/2013 Z. z. o ochrane osobných údajov a o zmene a doplnení niektorých zákonov v platnom znení získať uvedené



F 3 L M 5 5 4 5 0 2 \$

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, zaistovníam 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. Poistník aj 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 archívnictve). 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 poukážte na adresu / účet:

V  dňa

**Podpis poisteného**

(jeho zákonného zástupcu, poistníka, prípadne oprávnenej osoby)



F 3 L M 5 5 4 5 0 3 /

## Správa ošetrojúceho lekára

V prípade, že nie je uzavretá zmluva medzi poisťovňou a zdravotníckym zariadením, za vyplnenie tohto dokladu Vám patrí odmena vo výške 6,00 EUR, ktorú Vám uhradí poisťený. **Prosíme o vystavenie príjmového dokladu.**

Prijatie uvedenej sumy 6,00 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

Áké 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].

**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 poistnej udalosti.

Príloha č. 1 k Hláseniu poistnej 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



F 3 L M 5 5 4 5 0 5 %

## 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 ošetrojúceho 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:

- 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, uhradte ošetrojúcemu lekárovi za vyplnenie druhej strany tlačiva sumu 6,00 EUR. Prijatie sumy Vám potvrdí lekár vydaním potvrdenky, ktorú priložte k hláseniu.
- 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 ťažkosti

Ak bola vystavená PN, kto a kedy ju vystavil?



F 3 L M 5 5 4 5 0 1

Kópia pre klienta

TL. č. 5545/xm - x./201x  
strana 1 z 5

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

**Adresa zdravotníckeho zariadenia**, ktoré poskytlo **prvé ošetrenie 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 továrenská 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 správ, 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 vyžiadal 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.

„Poisťník aj 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. 122/2013 Z. z. o ochrane osobných údajov a o zmene a doplnení niektorých zákonov v platnom znení získať uvedené



F 3 L M 5 5 4 5 0 2 \$

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, zaistovníam 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. Poistník aj 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 archívnictve). 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 poukážte na adresu / účet:**

V \_\_\_\_\_ dňa \_\_\_\_\_

**Podpis poisteného**  
(jeho zákonného zástupcu, poistníka, prípadne oprávnenej osoby)





## Správa ošetrojúceho lekára

V prípade, že nie je uzavretá zmluva medzi poisťovňou a zdravotníckym zariadením, za vyplnenie tohto dokladu Vám patrí odmena vo výške 6,00 EUR, ktorú Vám uhradí poisťovník. **Prosíme o vystavenie príjmového dokladu.**

Prijatie uvedenej sumy 6,00 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? Ak áno, popíšte pravdepodobný druh a rozsah:

áno  nie



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 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].

**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 poistnej udalosti.

Príloha č. 1 k Hláseniu poistnej 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

- 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)