



úraz

oznámenie poistnej udalosti

číslo návrhu zmluvy / poistnej zmluvy

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

 Denné odškodné Trvalé telesné poškodenie následkom úrazu

Poistený

Nemocenské poistenie Áno Nie Kód zdravotnej poisťovnePriezvisko Meno, titul pred menom Rodné číslo Adresa (ulica, číslo, obec / mesto) PSČ Telefón Doklad totožnosti OP/ID 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 <input type="text"/>			
--	--	--	--

Ktorá časť tela bola postihnutá a ako Došlo k úrazu pri športe? Áno Nie Ak áno, uveďte druh športu Ste registrovaný? Áno Nie Ak áno, uveďte druh športu Odkedy Došlo k úrazu pod vplyvom alkoholu alebo omamných látok? Áno Nie Došlo k úrazu pri dopravnej nehode? Áno Nie Kto úraz zaviniť? Bola udalosť vyšetrovaná políciou? Áno Nie Názov a adresa vyšetrojúceho orgánu Mená a adresy svedkov udalosti (príp. 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 PoistenýPriezvisko Meno, titul pred menom Rodné číslo Adresa (ulica, číslo, obec / mesto) PSČ Telefón Doklad totožnosti OP/ID Pas Číslo dokladu totožnosti Štátna príslušnosť

Poistné plnenie

Poistné plnenie poukážete 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

Potvrďujem, 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		