

# Hlásenie poistnej udalosti

a/ času nevyhnutného liečenia /ČNL/

b/ denného odškodného /DO,DON/

c/ trvalých následkov úrazu /TN/

d/ hlásenie pracovnej neschopnosti z dôvodu ochorenia alebo úrazu z poistenia ušlého zárobku (UZ)

## 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 zo zmluvných dojednaní 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. **Ak je doložená kompletná zdravotná dokumentácia, týkajúca sa liečenia úrazu (ČNL,DO), nie je potrebné vypísať Správu ošetrojúceho lekára.**

K hláseniu poistnej udalosti priložte fotokópiu potvrdenia o pracovnej neschopnosti a zdravotnú dokumentáciu vzťahujúcu sa k úrazu/ochoreniu, ktorú máte k dispozícii. V prípade hospitalizácie tiež prepúšťaciu správu z nemocnice.

3. Nárok na plnenie za trvalé následku úrazu vzniká po ukončení liečenia a po ich ustálení. V prípade, ak zdravotný stav nie je ustálený, po 3 rokoch odo dňa úrazu.

4. V prípade, že nie je medzi poisťovňou a zdravotníckym zariadením uzatvorená zmluva, uhradte ošetrojúcemu lekárovi za vyplnenie druhej strany tlačiva sumu 4,98 EUR (150 SKK). Prijatie sumy Vám potvrdí lekár vydaním potvrdenky, ktorú priložte k hláseniu.

5. Odpovedzte, prosím, na všetky otázky. Ak na niektorú otázku neviete odpovedať, výslovne to uveďte, príp. nás kontaktujte na našej bezplatnej telefonickej linke Allianz Direct 0800 122 222. 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 pravak <input type="checkbox"/> ľavák <input type="checkbox"/>
Popíšte subjektívne ťažkosti:		Ak bola vystavená PN, kto a kedy ju vystavil?	
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? <input type="checkbox"/> áno <input type="checkbox"/> nie Ak áno, v akom športe a ktorou organizáciou?			
Ak ide o úraz motorovým vozidlom, druh a továrenská značka motorového vozidla:			
evidenčné číslo vozidla:	Meno a adresa vodiča:		
<b>Tento odsek vyplňte, prosím, len k hláseniu pracovnej neschopnosti z dôvodu ochorenia aj úrazu z poistenia ušlého zárobku (UZ):</b>			
Kedy ste v súvislosti s ochorením, pre ktoré si nárokuje 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 úslý zárobku za dobu PN? <input type="checkbox"/> áno <input type="checkbox"/> nie Ak áno, v ktorej a na akú dennú náhradu?.....			
Obrázali ste alebo obrázíte ďalšiu náhradu mzdy za dobu trvania PN (choroba z povolania, pracovný úraz a pod.)? <input type="checkbox"/> áno <input type="checkbox"/> 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 lekárskejších 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. *Poistník 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 zákona č. 95/2002 Z.z. o poisťovníctve, a že budú spracované v informačnom systéme poisťovateľa. Zároveň berieme na vedomie, že poisťovateľ je oprávnený v súlade so zákonom č. 428/2002 Z.z. o ochrane osobných údajov v znení neskorších predpisov získať uvedené 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, zaisteníam 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 právnych predpisov tým nie sú dotknuté (napríklad zákon o archivníctve). 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 <input type="checkbox"/> kusov dokladov:..... Plnenie poukážte na adresu /účet: .....			

V..... dňa ..... Podpis poisteného (jeho zákonného zástupcu, poistníka, prípadne oprávnenej osoby)

Pre interné potreby poisťovateľa

# Správa ošetrujúceho lekára

V prípade, že nie je uzavretá zmluva medzi poisťovňou a zdravotníckym zariadením, za vyplnenie tohto dokladu Vám patrí odmena vo výške 4,98 EUR (150 SKK), ktorú Vám uhradí poisťovní. **Prosíme o vystavenie príjmového dokladu.**

Prijatie uvedenej sumy 4,98 EUR (150 SKK) od pacienta týmto potvrdzujem: áno  nie

**Ošetrujúci lekár potvrdzuje, že ošetroval pacienta, ktorý je uvedený na prvej strane tohto hlásenia a zistil telesné poškodenia a zdravotné ujmy tohto druhu rozsahu:**

<b>Prvé ošetrenie pre uvedený úraz alebo ochorenie poskytol:</b> Dňa : o hod.
Adresa zdravotníckeho zariadenia:
Meno lekára: Telefonický kontakt:
<b>Úraz</b> - Popíšte prosím <b>diagnózu</b> (podľa MKCH-10) <b>vlastného zranenia</b> a podrobný popis telesného poškodenia, spôsobeného úrazom s určením jeho rozsahu: <b>Ochorenie</b> - Popíšte prosím podrobne <b>spôsob a druh liečenia</b> (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 <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/>
Nález zo dňa: <b>Opis (Rtg, CT, nukleárna magnetická rezonancia, Audio, Perimeter,....) popíšte podrobne spôsob a druh ošetrovania, liečenia:</b>
<b>Ak bola rehabilitácia, uveďte druh a výsledky liečby, ako často a ako dlho bola vykonávaná:</b>
<b>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?</b>
<b>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:</b>
<b>Skutočný čas nevyhnutného liečenia následkov úrazu / vrátane tejto komplikácie / trval od: .....do: .....</b>
<b>Kde bol pacient s uvedeným úrazom alebo ochorením hospitalizovaný?</b> od ..... do .....
<b>Predpokladáte, že úraz zanechá trvalé následky?</b> Ak áno, popíšte pravdepodobný druh a rozsah: áno <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/>
<b>Nastal úraz následkom požitia alkoholu, alebo návykových látok?</b> áno <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> O aký druh návykovej látky išlo? Bolo zistené ..... % alkoholu.
<b>Pracovná neschopnosť:</b> ak bolo vystavené hlásenie o PN, pracovná neschopnosť trvala od: .....do: .....
<b>Práceschopný od:</b> <b>Tento odsek vyplňte len v prípade pracovnej neschopnosti z dôvodu ochorenia:</b> <b>Povolené vychádzky :</b> Deň : hodina:
Liečebný režim dodržiavaný áno <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> ak nie ako bol porušený: Na kedy je stanovená následná kontrola u ošetrujúceho lekára: <b>Potvrdenie PN bolo odoslané na pobočku Sociálnej poisťovne(adresa, ak nie prečo):</b>
<b>Časť na vyplnenie údajov k potvrdeniu trvalých následkov úrazu</b> 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.) <b>Majú vplyv na rozsah trvalých následkov úrazu choroby s úrazom nesúvisiace?</b> Ak áno, tak aké? (napr. diabetes melitus, chronické ochorenie pečene a pod.) <b>Nastali zistené zmeny zdravotného stavu výlučne úrazom?</b> <b>Je liečenie úrazu skončené a súčasný stav ustálený?</b> áno <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> Ak nie, uveďte prognózu: <b>Bola poranená končatina lebo orgán funkčne alebo inak postihnutá (-ý) už pred týmto úrazom?</b> 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 poisťovnej udalosti. Príloha č. 1 k Hláseniu poisťovnej udalosti je vyplnená: áno <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> Ostatné zdravotné oznámenia ošetrujúceho lekára:
<b>Čestne prehlasujem, že som zodpovedal(a) pravdivo a úplne všetky otázky a som si vedomý(á) dôsledku nepravdivých odpovedí.</b> V prípade požiadavky revízieho lekára Allianz – Slovenskej poisťovne, a. s. vyslovuje ošetrujúci lekár súhlas k účinnej spolupráci Záznamy poisťovne:

V ..... dňa.....

.....  
Pečiatka a podpis ošetrujúceho lekára,  
zdravotníckeho zariadenia