

Oznámenie trvalých následkov úrazu

Číslo poistnej udalosti:
Doručené:

Pokyny pre poisteného:

- 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.
 Tento nárok si môžete uplatniť najneskôr do 4 rokov odo dňa úrazu.
- Vyplňte prosím hrubo orámovanú časť.
- „Správa ošetrojúceho lekára“ (viď druhá strana) predložte na vyplnenie svojmu ošetrojúcemu lekárovi, ktorý má k dispozícii zdravotnú dokumentáciu, týkajúcu sa Vášho úrazu.
- Vyplnené tlačivo spolu s fotokópiou zdravotnej dokumentácie, vrátane popisov RTG snímkov, týkajúcich sa Vášho úrazu, zašlite na ktorékoľvek pracovisko Allianz - Slovenskej poisťovne, a.s..
- Na prípadnú lekársku prehliadku Vás vyzve pracovník poisťovne, resp. odborný lekár. Postupujte podľa pokynov uvedených v predvolaní na prehliadku. Účelne vynaložené náklady spojené s lekárskou prehliadkou znáša poisťovňa (podľa predložených dokladov).
- V prípade, že nie je medzi poisťovňou a zdravotníckym zariadením uzatvorená zmluva, uhradte ošetrojúcemu lekárovi za vyplnenie druhej strany tlačiva sumu 130,- Sk. Prijatie sumy Vám potvrdí lekár na tomto tlačive a vydá potvrdenku, ktorú priložte k oznámeniu.
- Odškodnenie trvalých následkov bude vyplatené po ukončení likvidačného šetrenia poisťovňou.

„Poistený týmto dáva lekárovi výslovný písomný súhlas:

- s poskytnutím údajov o jeho zdravotnom stave Allianz - Slovenskej poisťovni, a. s.,

Poistený týmto dáva poisťovateľovi výslovný písomný súhlas:

- so spracovaním osobných údajov, ako aj osobitnej kategórie osobných údajov v informačnom systéme poisťovateľa v súvislosti s dojednaným poistením a so sprístupnením týchto údajov tretím osobám v súvislosti so správou poistenia, likvidáciou poistných udalostí a zaistením. Súhlas sa udeľuje na dobu do vysporiadania všetkých záväzkov vyplývajúcich z poistnej zmluvy,

- s tým, aby tretie osoby, ktorým poisťovateľ poskytol osobné údaje, spracovali osobné údaje v rozsahu a na účel vyplývajúci z ich právneho postavenia, maximálne po dobu desiatich rokov od ukončenia zmluvného vzťahu medzi poisťovateľom a poistníkom/poisteným, pričom ustanovenia osobitných právnych predpisov tým nie sú dotknuté,

- s tým, aby poisťovateľ vykonával cezhraničný prenos osobných údajov do ktorejkoľvek z krajín EÚ, krajín pridružených k EÚ, krajín patriacich do Európskeho hospodárskeho priestoru a do krajín, ktoré sú členskými štátmi OECD a ďalších krajín, a to aj v prípade, že nebudú splnené podmienky požadované zákonom na ochranu osobných údajov a kedy je potrebný osobitný súhlas dotknutej osoby,

- na získavanie osobných údajov kopírovaním, skenovaním alebo iných zaznamenávaním úradných dokladov na nosič informácií

Poistený je oprávnený tento súhlas odvolať s tým, že jeho účinky nastanú okamihom vysporiadania všetkých záväzkov vyplývajúcich z poistnej zmluvy.“

Uvedte prosím čísla všetkých poistiek, ktorými ste v Allianz - Slovenskej poisťovni, a.s., poistený pre prípad úrazu:

Meno poisteného: Rodné číslo: Dátum narodenia:

Adresa zamestnávateľa: Zamestnanie:

Trvalé bydlisko: PSČ:

Telefón domov: Telefón do zamestnania:

Úraz nastal dňa: o hod., miesto

Hlásený prvý raz v poisťovni dňa:

Popíšte prosím súvisle a podrobne okolnosti vzniku úrazu:

Ktorá časť tela bola poranená?

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

Ste pravák

ľavák

Uplatňujem nárok na poistné plnenie za trvalé následky úrazu zo dňa a k svojej žiadosti prikladám vyjadrenie ošetrojúceho lekára.

Súhlasím s tým, aby si Allianz - Slovenská poisťovňa, a.s., vyžiadala všetku potrebnú zdravotnú dokumentáciu o mojom liečení a celkovom zdravotnom stave. Súčasne pozbavujem lekárov mlčanlivosti o všetkých skutočnostiach týkajúcich sa môjho zdravotného stavu.

Plnenie poukážte na adresu / účet:

Vdňa.....

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

Správa ošetrojúceho lekára

V prípade, že nie je uzatvorená zmluva medzi poisťovňou a zdravotníckym zariadením, za vyplnenie tohto tlačiva Vám patrí odmena vo výške 130,- Sk, ktorú Vám uhradí poisťený.

Prosíme o vystavenie príjmového dokladu.

Prijatie uvedenej sumy týmto potvrdzujem.

pečiatka a podpis ošetrojúceho lekára

Ošetrojúci lekár potvrdzuje, že ošetroval úraz osoby, ktorá je uvedená na prvej strane tohto oznámenia a zistil telesné poškodenia a zdravotné ujmy tohto druhu a rozsahu:

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 mellitus, 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:

Ako:

V akom rozsahu:

Ostatné zdravotné oznámenia ošetrojúceho lekára:

V prípade požiadavky revízneho lekára Allianz - Slovenskej poisťovne, a.s., vyslovuje ošetrojúci lekár súhlas k účinnej spolupráci. V nutných prípadoch prosíme o spoluprácu pri zapožičaní RTG snímok pre potreby posúdenia trvalých následkov odborným lekárom poisťovne.

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
adresa zdrav. zariadenia a telefón

Záznamy poisťovne: