

Oznámenie úrazu

Denná dávka za dobu nevyhnutného liečenia úrazu, Denná dávka pri pobyte v nemocnici,
Okamžité poistné plnenie, Poistenie zadaných diagnóz

Tlačivo Oznámenie úrazu (strana 2 a 3 tohto dokumentu) je dvojstranové – je vhodné ho vytlačiť na jeden list obojstranne..

Prvá strana:

- vyplní poistený alebo jeho zákonný zástupca;
- **uvedte číslo poistenia**, z ktorého si uplatňujete nárok na poistné plnenie;
- v hornej časti tlačiva podčiarknutím vyznačte, na ktorý druh plnenia si uplatňujete nárok Denná dávka za dobu nevyhnutného liečenia úrazu, Denná dávka pri pobyte v nemocnici, Okamžité poistné plnenie alebo Poistenie zadaných diagnóz;
- podrobne opíšte okolnosti vzniku úrazu, činnosť, pri ktorej došlo k úrazu, prípadne zdroj, ktorý bol príčinou úrazu ;
- vyplňte všetky rubriky – kolónky aj v prípade, že sú odpovede záporné;
- ak prípad vyšetrovala polícia, priložte, prosím, k oznámeniu úrazu záznam (reláciu) z polície;
- uveďte čitateľne číslo účtu v tvare IBAN, kam Vám môžeme zaslať poistné plnenie

Druhá strana:

- vyplní ošetrojúci lekár poisteného;
- ak ošetrojúcemu lekárovi zaplatíte poplatok za vypísanie tlačiva Oznámenie úrazu, príjmový pokladničný doklad (originál) zašlite spolu s oznámením poistnej udalosti. Poplatok do výšky 2 % z poistnej sumy pre trvalú invaliditu Vám uhradíme.

Denná dávka za dobu nevyhnutného liečenia úrazu

- druhú stranu tlačiva vyplní Váš ošetrojúci alebo praktický lekár až po celkovom doliečení úrazu;
- spolu s tlačivom Oznámenie úrazu je vhodné zaslať kópie zdravotnej dokumentácie týkajúcej sa liečenia úrazu. Ak druhú stranu tlačiva nevyplní lekár, vyžadujeme predložiť originál alebo overené fotokópie (matrika, notár) všetkých dokladov zdravotnej dokumentácie.

Denná dávka pri pobyte v nemocnici

- spolu s oznámením úrazu je potrebné predložiť prepúšťacu správu z nemocnice. Ak druhú stranu tlačiva nevyplní lekár, vyžadujeme predložiť originál alebo overenú fotokópiu (matrika, notár) prepúšťacej správy z nemocnice.

Okamžité poistné plnenie; Poistenie zadaných diagnóz

- **nahlásiť najneskôr do 1 mesiaca odo dňa lekárskeho zistenia – stanovenia diagnózy;**
- nárok na poistné plnenie je iba za diagnózy uvedené v článku 20 Všeobecných poistných podmienok pre úrazové poistenie;
- pri uplatnení nároku na poistné plnenie z poistenia zadaných diagnóz alebo z okamžitého poistného plnenia nie je potrebné, aby bola liečba telesného poškodenia ukončená, nárok si môžete uplatniť už po 3 dňoch odo dňa vzniku úrazu, najneskôr do 1 mesiaca odo dňa stanovenia diagnózy.
- na druhej strane tlačiva Oznámenie úrazu v kolónke dokedy trval skutočný čas nevyhnutného liečenia následkov uvedie ošetrojúci lekár: Skutočný čas nevyhnutného liečenia následkov úrazu trval (vrátane prípadných komplikácií) od DDMMRRRR do „trvá“.
- spolu s oznámením úrazu zašlite kópiu dokladu z prvotného lekárskeho ošetrenia. Ak druhú stranu tlačiva nevyplní lekár, vyžadujeme predložiť originál (alebo matrikou, resp. notárom overenú fotokópiu) dokladu z prvotného lekárskeho ošetrenia.

Tlačivo Oznámenie úrazu pošlite na adresu:

Youplus Insurance International AG, pobočka poisťovne z iného členského štátu,
Nám. SNP 15, 811 03 Bratislava

Oznámenie úrazu

Číslo poisťnej zmluvy:

Denná dávka za dobu nevyhnutného liečenia úrazu, Denná dávka pri pobyte v nemocnici,

Okamžité poisťné plnenie, Poistenie zafinovaných diagnóz

Informácia pre poisteného:

1. Prosíme o presné a dôsledné zodpovedanie všetkých otázok. Nezodpovedanie otázky alebo prečiarknutie políčka platí ako záporná odpoveď. Pri nedostatku miesta na zodpovedanie otázok Vás prosíme o použitie dodatočného hárku papiera.
2. Vyplňte iba prvú stranu oznámenia. Rubovú stranu - Správu ošetrojúceho lekára vyplní Váš lekár, ktorý Váš úraz liečil, alebo ktorý má k dispozícii zdravotnú dokumentáciu, týkajúcu sa Vášho úrazu.
3. Oznámenie úrazu pošlite na: Youplus Insurance International AG, pobočka poisťovne z iného členského štátu, Nám. SNP 15, 811 03 Bratislava.

Údaje o poistenom	
Meno a priezvisko poisteného:	
Rodné číslo:	Dátum narodenia: 📞 kontakt:
Povolanie (profesia) v čase vzniku úrazu:	Povolanie od (mesiac/rok):
Korešpondenčná adresa:	PSČ:
Údaje o úraze	
Kedy vznikol úraz? dňa: o hod., miesto:	
Podrobný popis úrazového deja (popis okolností vzniku úrazu, činnosť pri ktorej došlo k úrazu, zdroj, ktorý bol príčinou úrazu):	
Druh úrazu: <input type="checkbox"/> úraz počas voľného času	<input type="checkbox"/> úraz počas pracovného času <input type="checkbox"/> úraz na ceste do/z pracoviska
Ktorá časť tela bola poranená?	Bola táto časť funkčne alebo inak postihnutá pred úrazom? <input type="checkbox"/> áno <input type="checkbox"/> nie
Popis poranenia:	
Kedy a kde bolo poskytnuté prvé ošetrovanie?	Dňa o hod.,
v zdravotníckom zariadení – adresa, meno lekára:	
Kde ste sa pre úraz liečili, alebo kde Vám bolo poskytnuté ošetrovanie? Meno a adresa lekára, zdravotníckeho zariadenia	
Boli ste pre úraz hospitalizovaný?	<input type="checkbox"/> áno <input type="checkbox"/> nie Ak áno: od do
Názov a adresa zdravotníckeho zariadenia:	
Užili ste za posledných 24 hodín pred úrazom alkohol alebo lieky/narkotiká?	<input type="checkbox"/> áno <input type="checkbox"/> nie
Ak áno: kedy, čo, koľko? (uveďte aj malé množstvá)	
Bola vykonaná krvná skúška?	<input type="checkbox"/> áno <input type="checkbox"/> nie Ak áno, uveďte výsledok v %:
Došlo k úrazu pri športe alebo inej telovýchovnej činnosti?	<input type="checkbox"/> áno <input type="checkbox"/> nie
Ak áno, uveďte názov, ktorou organizáciou bol organizovaný	
Došlo k úrazu pri dopravnej nehode?	<input type="checkbox"/> áno <input type="checkbox"/> nie Boli ste vodičom v čase nehody? <input type="checkbox"/> áno <input type="checkbox"/> nie
Ak ide o úraz motorovým vozidlom, druh a továrnska značka vozidla:..... ŠPZ:.....	
Počet sedadiel:	Počet prepravovaných osôb: Meno a adresa vodiča:
Vyšetřovala úraz polícia?	<input type="checkbox"/> áno <input type="checkbox"/> nie Adresa polície a číslo spisu, pod ktorým je registrovaná nehoda:
Ktoré osoby boli očitými svedkami nehody?	
Ktoré osoby boli svedkami udalostí pred alebo po nehode?	
Bol vznik alebo priebeh úrazu oznámený na štátnom zastupiteľstve?	
<input type="checkbox"/> áno <input type="checkbox"/> nie	Adresa a registračné číslo spisu:
Boli ste za posledných 5 rokov pre zranenia, prípadne nehody alebo ochorenia v lekárskom ošetrovaní?	
<input type="checkbox"/> áno <input type="checkbox"/> nie	Ak áno: Kedy a pre akú diagnózu:
Pokyny poisteného na výplatu poisťného plnenia	
Plnenie poukážte na účet v tvare IBAN: <input type="text"/>	
Vyhlasujem, že som odpovedal pravdivo a úplne a uvedené údaje zodpovedajú skutočnosti. Som si vedomý/á toho, že nepravdivé alebo neúplné údaje v tomto oznámení môžu viesť k strate poisťnej ochrany a k veľkým postihnutiam dokonca aj vtedy, keď poisťiteľovi pre tieto informácie nevznikne žiadna škoda. Za správnosť údajov som zodpovedný/á aj vtedy, keď toto oznámenie vyplnila tretia osoba (napr. manžel, sprostredkovateľ). Som si vedomý/á toho, že poisťiteľ k posúdeniu nárokov preverí pravdivosť mojich údajov, ktoré som zaslal písomnou formou (napr. Oznámenie o úraze, Potvrdenie), ako aj tých údajov, ktoré na môj vlastný podnet realizovala nemocnica, resp. iný liečebný ústav alebo zdravotnícke zariadenie. Súhlasím, aby poisťovňa zisťovala môj (maloletého poisteného) zdravotný stav. Týmto oprávňujem a pozbavujem mlčanlivosti každého lekára, aby poskytol poisťovni informácie, zdravotnú dokumentáciu týkajúcu sa liečenia úrazu, choroby, resp. zdravotného stavu. Súčasne splnomocňujem poisťovňu, aby sa za účelom došetrovania poisťnej udalosti, zdravotného stavu alebo za účelom preskúmania oznámených údajov a zistených ďalších okolností spojila s inými poisťovňami a ďalšími verejno-právnymi alebo súkromno-právnymi subjektmi a súhlasím, aby tieto inštitúcie poskytli poisťovni žiadané informácie. Poistený týmto dáva lekárovi výslovný písomný súhlas s poskytnutím údajov o jeho zdravotnom stave poisťovni Youplus Insurance International AG. Ak nie sú vyznačené odpovede v jednotlivých políčkach, platí odpoveď „nie“.	
V	dňa
podpis poisteného (resp. jeho zákonného zástupcu)	

Správa ošetrojúceho lekára

Informácia pre lekára:

V prípade, že Vám honorár za vyplnenie tohto tlačiva vyplatí poistený, dovoľujeme si požiadať o vystavenie originálu príjmového dokladu.

Ošetrojúci lekár potvrdzuje, že ošetroval telesné poškodenie – úraz
Meno a priezvisko klienta: dátum narodenia:
Prvé lekárske ošetrovanie bolo vykonané dňa: o hod.
Meno lekára: Adresa zdravotníckeho zariadenia
Diagnóza a podrobný popis telesného poškodenia spôsobeného úrazom s určením jeho rozsahu:
Nález zo dňa + popis: Rtg, CT, NMR, Audio, Perimeter a pod.
Zodpovedá ošetrované telesné poškodenie a jeho rozsah úrazovému deju uvedenému na prvej strane tohto oznámenia:? <input type="checkbox"/> áno <input type="checkbox"/> nie Podmieneny podiel na úraze: %
Podrobný popis spôsobu a druhu ošetrovania:
Ak došlo pri liečení telesného poškodenia ku komplikáciám, uvedte z akej príčiny a o aký druh komplikácie išlo:
Nastal úraz následkom požitia alkoholu, alebo návykových látok? <input type="checkbox"/> áno <input type="checkbox"/> nie Ak áno, o aký druh návykovej látky pravdepodobne išlo? Do akej miery ovplyvnil požitý alkohol, alebo návyková látka správanie poisteného? V krvi bolo zistené..... % alkoholu.
Skutočný čas nevyhnutného liečenia následkov úrazu trval (vrátane prípadných komplikácií) od do
Bol poranený hospitalizovaný? <input type="checkbox"/> áno <input type="checkbox"/> nie Kde? od do
Bola potrebná rehabilitácia? <input type="checkbox"/> áno <input type="checkbox"/> nie Rehabilitácia trvala od do
Bola poranená končatina alebo orgán funkčne alebo inak postihnutá(y) už pred týmto úrazom? <input type="checkbox"/> áno <input type="checkbox"/> nie Ak áno, ako a v akom rozsahu
Ostatné oznámenia ošetrojúceho lekára:
V prípade požiadavky posudkového lekára spoločnosti Youplus Insurance International AG, pobočky poisťovne z iného členského štátu, vyslovujem súhlas na účinnú spoluprácu. Čestne vyhlasujem, že som zodpovedal(a) pravdivo a úplne všetky otázky a som si vedomý(á) dôsledku nepravdivých odpovedí.
V dňa pečiatka a podpis ošetrojúceho lekára