



# Oznámenie škodovej udalosti – úraz



## Poistiteľ

YOUPLUS Životná poisťovňa, pobočka poisťovne z iného členského štátu, so sídlom Mlynské nivy 5, 821 09 Bratislava, Slovenská Republika, IČO: 52241289.

**Kontaktná adresa:** YOUPLUS, Nivy Tower, Mlynské nivy 5, 821 09 Bratislava; info@youplus.sk.

Dôležité informácie pre vyplnenie tohto formulára a informácie o dokumentoch, ktoré budeme požadovať doložiť s vyplneným formulárom na našu adresu, nájdete na jeho poslednej strane.

## 1. Údaje o poistenom a poistnej zmluve

Poistná zmluva č.	Škodová udalosť č.
-------------------	--------------------

### Poistený

Meno, Príezvisko, titul	Rodné číslo
E-mail	Telefón
Adresa trvalého pobytu	
Ekonomická činnosť (Zamestnanec, SZČO, Iná-starobný dôchodca, nezamestnaný...)	
Povolanie v dobe vzniku udalosti	Od (mm/rmm)
Meno a adresa praktického lekára poisteného	
Poistený je poistený pre prípad úrazu aj v inej poisťovni	Nie      Áno <b>Názov poisťovne, adresa</b>

## 2. Údaje o úraze

### Okolnosti úrazu

Dátum, čas a miesto úrazu			
Okolnosti úrazu (popis, ako došlo k úrazu)			
Udalosť bola vyšetrovaná políciou SR	Nie      Áno	<b>Názov a adresa vyšetrojúceho policajného oddelenia</b>	
K úrazu došlo pri výkone povolania poisteného	Áno      Nie		
Išlo o pracovný úraz v zmysle pracovnoprávných predpisov	Áno      Nie		
K úrazu došlo pri športe	Nie      Áno		
K úrazu došlo pri vykonávaní tohto športu/aktivity			
Tento šport/aktivitu vykonáva poistený od			
Išlo o jednorazovú aktivitu		Áno      Nie	
Príjem súvisiaci s týmto športom/aktivitou tvorí prevažujúcu časť príjmu poisteného		Áno      Nie	
Poistený vykonáva tento šport/aktivitu na úrovni, pri ktorej sa zúčastňuje súťaží na celoštátnej alebo medzinárodnej úrovni		Áno      Nie	
K úrazu došlo v súvislosti s účasťou na súťaži alebo prípravou na ňu		Áno      Nie	
K úrazu došlo po požití alkoholu alebo inej návykovej látky	Nie      Áno	<b>Názov a množstvo látky (aj malé)</b>	

**Liečba úrazu**

Dátum prvého ošetrenia úrazu
Názov a adresa zdravotníckeho zariadenia, v ktorom došlo k prvému lekárskeму ošetreniu úrazu
Názov a adresa zdravotníckeho zariadenia, v ktorom prebiehalo následné liečenie

**Následky úrazu a ďalšie informácie**

Špecifikácia časti tela, ktorá bola poškodená a popis jej poškodenia			
Uvedená časť tela bola poškodená už pred úrazom	Nie	Áno	Špecifikácia poškodenia pred úrazom
Poistený bol za posledných 5 rokov kvôli poraneniu alebo ochoreniu ošetrovaný lekárom	Nie	Áno	Diagnóza

**3. Údaje k uplatňovaným nárokom z poistenia**

Uvedte, aké nároky budete v súvislosti s úrazom uplatňovať a vyplňte príslušné oddiely formulára, ktoré sa vzťahujú k uplatňovaným nárokom

liečenie úrazu (denné odškodné);	hospitalizácia;	invalidita;	kritické ochorenie;
chirurgický zákrok;	pracovná neschopnosť;	trvalé následky úrazu;	poistenie zadaných diagnóz.

**Liečenie úrazu/Zadefinované diagnózy**

Dátum začiatku liečenia úrazu	
Dátum ukončenia liečenia úrazu	

**Hospitalizácia (pobyt v nemocnici)**

Poistený bol v rámci liečenia hospitalizovaný viackrát	Nie	Áno	Počet hospitalizácií
Doba trvania hospitalizácie	1. hospitalizácia – začiatok		
	1. hospitalizácia – ukončenie		
	2. hospitalizácia – začiatok		
	2. hospitalizácia – ukončenie		
Názov a adresa nemocnice, v ktorej prebiehala hospitalizácia			
Liečba pokračovala v rehabilitačnom zariadení	Nie	Áno	
	Dátum začiatku liečenia v rehabilitačnom zariadení		
	Dátum ukončenia liečenia v rehabilitačnom zariadení		

**Pracovná neschopnosť (PN)**

Poistený bol v rámci liečenia na PN viackrát	Nie	Áno	<b>Počet PN</b>	
<b>Doba trvania pracovnej neschopnosti</b>	1. pracovná neschopnosť – dátum začiatku			
	1. pracovná neschopnosť – dátum ukončenia			
	2. pracovná neschopnosť - dátum začiatku			
	2. pracovná neschopnosť - dátum ukončenia			
<b>Poistený potvrdzuje, že ku dňu začiatku PN bol</b>	Zamestnanec	SZČO		
	Zamestnávateľ			
	na materskej dovolenke	starobným dôchodcom	nezamestnaným	invalidným dôchodcom
	Dátum od			
<b>Príjem poisteného</b> (priemerný hrubý mesačný príjem zamestnanca za posledný kalendárny štvrtrok/obrat za posledné ukončené zdaňovacie obdobie SZČO)				
<b>Došlo k strate zárobku v súvislosti s pracovnou neschopnosťou?</b>	Áno	Nie		

**Invalidita**

<b>Dátum priznania invalidity Sociálnou poisťovňou</b>			
<b>Miera poklesu schopnosti vykonávať zárobkovú činnosť</b>	nad 40 %	nad 70 %	nebolo určené
<b>Poistenému bola priznaná invalidita už v minulosti</b>	Nie	Áno	
	Miera poklesu v %		
	Invalidita trvala od - do		

**Trvalé následky úrazu**

<b>Udalosť zanechala tieto trvalé následky</b>
<b>Názov/kód diagnózy</b>

**Chirurgický zákrok**

<b>Dátum vykonania chirurgického zákroku</b>
<b>Názov a miesto zdravotníckeho zariadenia, v ktorom bol zákrok vykonaný</b>
<b>Názov/kód diagnózy, typ zákroku</b>

**Kritické ochorenie**

<b>Názov/kód diagnózy</b>
---------------------------

**4. Údaje o poistnom plnení**
**Výplata poistného plnenia**

<b>Číslo účtu-IBAN (na zaslanie poistného plnenia)</b>
<b>Majiteľ účtu</b>

## 5. Údaje o oznamovateľovi

### Oznamovateľ

Poistený

Zástupca poisteného (doložte splnomocnenie, rodný list dieťaťa alebo iný doklad preukazujúci zastúpenie v rozsahu potrebnom na uplatnenie nároku na plnenie.)

Iná osoba (uvedte):

### Údaje o oznamovateľovi ak je odlišný od poisteného

Meno, Priezvisko	Rodné číslo
E-mail	Telefón
Adresa trvalého pobytu	

## 6. Vyhlásenie

Potvrdzujem, že som údaje v tomto formulári vyplnil/a úplne a pravdivo a som si vedomý/á následkov uvedenia poisťovateľa do omylu v otázke splnenia nárokov na poistné plnenie, najmä trestnoprávnu zodpovednosť podľa § 223 zák. 300/2005 Z.z., Trestného zákona.

Beriem na vedomie, že osobné údaje uvedené v tomto formulári, vrátane údajov o zdravotnom stave poisteného, spracováva poisťiteľ aj bez súhlasu ich subjektu, a to najmä na určenie právneho nároku z uzatvorenej poistnej zmluvy, prípadne na preukazovanie, uplatňovanie alebo obhajovanie svojich právnych nárokov. Informácie o spracovaní osobných údajov a právach subjektov údajov sú uvedené na [www.youplus.sk](http://www.youplus.sk). Súčasne vyhlasujem, že beriem na vedomie, že kontaktné a evidenčné údaje vyplnené v tomto formulári budú použité výhradne na komunikáciu vo veci oznamovanej poistnej udalosti.

Ja, nižšie podpísaný poistený (alebo zástupca poisteného jeho menom) podpisom tohto dokumentu v súlade s § 80 ods. 4 zákona č. 578/2004 Z.z. o poskytovateľoch zdravotnej starostlivosti, zdravotníckych pracovníkoch, stavovských organizáciách v zdravotníctve a o zmene a doplnení niektorých zákonov zbavujem povinnosti zachovávať mlčanlivosť príslušného lekára a/alebo zdravotníckeho zariadenia, ktorí sa dozvedeli skutočnosti o mojom zdravotnom stave alebo príčinách smrti, a udeľujem im súhlas aby poisťiteľovi na jeho žiadosť, v rozsahu vyššie uvedeného oslobodenia, poskytl požadované informácie tak, ako sú povinní ich poskytovať alebo sprístupňovať osobám oprávneným nahliadať do zdravotnej dokumentácie v zmysle § 24 a § 25 zákona č. 576/2004 Z. z. o zdravotnej starostlivosti, službách súvisiacich s poskytovaním zdravotnej starostlivosti a o zmene a doplnení niektorých zákonov a udeľujem poisťiteľovi súhlas, aby ak sú pre to dôvody súvisiace s určením veľkosti poistného rizika, výšky poistného alebo so šetrením škodovej udalosti, zisťoval údaje o mojom zdravotnom stave, alebo o príčine smrti, a za týmto účelom kládol otázky ohľadne môjho zdravotného stavu alebo príčiny smrti príslušným lekárom a/alebo zdravotníckym zariadeniam a žiadal týchto lekárov a/alebo zdravotníckeho zariadenia o poskytovanie správ, zaobstaranie výpisov, opisov alebo kópií zo zdravotnej dokumentácie vedenej o mojej osobe, popr. z iných zápisov, ktoré sa vzťahujú k môjmu zdravotnému stavu, a to aj po mojej smrti. Ak bude pre naplnenie vyššie uvedeného účelu nevyhnutné vystaviť poisťiteľovi plnú moc s úradne osvedčeným podpisom, zaväzujem sa na žiadosť poisťiteľa takú plnú moc vystaviť.

Dátum a podpis

Podpis

Dátum

## Dôležité informácie

Tento formulár je určený na **oznámenie škodovej udalosti vzniknutej v dôsledku úrazu poisteného**.

Pokiaľ už bola škodová udalosť oznámená a ide iba o uplatnenie ďalších nárokov z poistenia, vyplňte iba číslo škodovej udalosti a aktuálne identifikačné a kontaktné údaje poisteného.

V častiach formulára, ktoré sú nazvané Údaje k uplatňovaným nárokom z poistenia, **vyplňte informácie iba pri tých pripoisteniach, ktoré sú dohodnuté v poistnej zmluve**. V záujme urýchlenia šetrenia škodnej udalosti priložte, prosím, aj nižšie vymenované relevantné dokumenty, v závislosti na uplatňovaných nárokoch z poistenia.

Pre jednotlivé pripoistenia (oznámenie škodovej udalosti z týchto pripoistení) je potrebné mať k dispozícii a spoločne s vyplneným formulárom odoslať potrebné dokumenty do poisťovne.

### Niektoré dokumenty je nutné priložiť,

- ak udalosť vyšetrovala polícia - kópiu policajného protokolu alebo záveru z vyšetrovania,
- v prípade pracovného úrazu - kópiu záverečnej správy z vyšetrovania pracovného úrazu.

### Pre konkrétne pripoistenia je nutné doložiť tieto dokumenty:

#### VŽDY

- Kópie správ z prvého lekárskeho vyšetrenia (prvá návšteva u lekára, pohotovosť, rýchla záchraná služba), kópie všetkých lekárskeho správ z celého priebehu liečenia úrazu, vr. kópií prepúšťacích správ z nemocnice a záznamov z rehabilitácie.

#### Hospitalizácia

- kópia prepúšťacej správy z nemocnice

#### Pracovná neschopnosť

- kópia dokladu o dočasnej pracovnej neschopnosti doložená existenciou pracovného pomeru alebo samostatnej zárobkovej činnosti a z nich plynúcich príjmov ku dňu predchádzajúcemu dňu vzniku udalosti

#### Liečenie úrazu/Zadefinované diagnózy

- aktuálny nález po ukončení liečby
- lekárska správa obsahujúca informáciu o definovanej diagnóze

#### Trvalé následky úrazu

- kópia aktuálneho lekárskeho nálezu trvalých následkov úrazu

#### Invalidita

- kópia posudku o invalidite posudkového lekára alebo lekárske správy, pokiaľ nemohol byť posudok o invalidite podľa právnych predpisov vystavený

#### Kritické ochorenia

- nález odborného lekára alebo laboratória súvisiaci s typom kritického ochorenia

#### Chirurgický zákrok

- kópie lekárskeho správ súvisiacich s týmto zákrokom, vrátane prepúšťacej správy a operačného protokolu, ak nie je súčasťou prepúšťacej správy

**Vyplnený formulár "Oznámenie škodovej udalosti - úraz" vrátane všetkých potrebných dokumentov zašlite, prosím, prostredníctvom našej uPodateľne - vyberte možnosť "Dokumenty k škodovej udalosti"** (odkaz na uPodateľňu - <https://www.uportal.cz/sk/elektronická-podatelna/>), **alebo poštou na kontaktnú adresu našej poisťovne: YOUPLUS, Oddelenie likvidácie, Nivy Tower, Mlynské nivy 5, 821 09 Bratislava.**