



UNIQA poisťovňa, a. s.
Lazaretská 15, 820 07 Bratislava 27
Slovenská republika
Tel. (02) 57 88 32 11, Fax (02) 57 88 32 10
http://www.uniqa.sk, IČO: 00 653 501
Obchodný register
Okresného súdu Bratislava I
Oddiel: Sa, Vložka číslo: 843/B

OZNÁMENIE POISTNEJ UDALOSTI Z POISTENIA TRVALÝCH NÁSLEDKOV PO ÚRAZE

Číslo úverového účtu (číslo Zmluvy o PÔŽIČKE):																				
Poistený:	Meno, priezvisko a titul:																			
	Rodné číslo:									Číslo telefónu:										
	Adresa domov:												PSČ:							
	Povolanie:																			
Meno a adresa lekára a zdravotníckeho zariadenia, kde je evidovaná zdravotná dokumentácia:																				
K úrazu došlo dňa: o: hod., miesto:																				
----- za akých okolností:																				
Ktorá časť bola poranená?																				
Bola poranená časť tela už pred úrazom poškodená? V akom rozsahu?																				
K úrazu došlo I. Počas pracovnej činnosti (činnosť, ktorú ste práve vykonávali):																				
II. Počas mimopracovnej činnosti (bližšie označte zdroj príčiny úrazu):																				
<input type="checkbox"/> 1 manipulácia so strojmi (nástrojmi) <input type="checkbox"/> 2 pád <input type="checkbox"/> 3 zavalenie																				
<input type="checkbox"/> 4 výbuch, chemikálie, strelné zbrane <input type="checkbox"/> 5 popáleniny, omrzliny, jedy																				
<input type="checkbox"/> 6 napadnutie zvieratami <input type="checkbox"/> 7 čin inej osoby																				
<input type="checkbox"/> 8 dopravné prostriedky: pri motorových vozidlách vodič spolucestujúci ŠPZ:																				
Mená a adresy svedkov úrazu:																				
Prípud vyšetřoval:																				
Vyhlásenie: Vyhlasujem, že som na všetky otázky zodpovedal pravdivo a úplne a som si vedomý dôsledkov vyplývajúcich z nesprávnych odpovedí na povinnosť poisťovne plniť. Súhlasím s tým, aby si UNIQA poisťovňa, a. s. vyžiadala všetku potrebnú zdravotnú dokumentáciu o mojom liečení a zdravotnom stave.																				
V dňa: Podpis poisteného:																				
Pokyny pre poisteného: Vyplnené tlačivo je potrebné doručiť do UNIQA poisťovne, a. s.. 1. Vyplňte prosím túto prednú stranu pravdivo a úplne. 2. Správu ošetrojúceho lekára na zadnej strane tohto tlačiva vyplní lekár, ktorý Vás liečil. 3. Ďalšie povinnosti poisteného sú uvedené aj vo všeobecných poistných podmienkach platných pre dané poistenie.																				

SPRÁVA O OŠETRENÍ ÚRAZU

Číslo úverového účtu (číslo Zmluvy o PÔŽIČKE):

Ošetrujúci lekár potvrdzuje, že ošetroval pacienta, ktorý je uvedený na prvej strane tohto formulára.
Zo záznamov zdravotnej dokumentácie a ďalších údajov uvádza:

Kedy a kde došlo podľa zdravotníckej dokumentácie k prvému lekárskeму ošetrovaniu? Dňa: o: hod., miesto:

Podrobný popis telesného poškodenia spôsobeného úrazom:

Spôsob ošetrovania:

Diagnóza poranenia (poranení):

Opis rtg. nálezu:

Bola poranená časť tela už pred úrazom funkčne postihnutá? V akom rozsahu?

Došlo k úrazu z opilosti, príp. požitím omamných a návykových látok? Aké príznaky opilosti boli zistené, príp. promile alkoholu v krvi?

Adresy zdravotníckych zariadení, kde bol poistený pre uvedený úraz hospitalizovaný:

Kde:

Odkedy:

Dokedy:

Zodpovedá telesné poškodenie úrazovému deju uvedeného na prednej strane tlačiva?

áno

nie

Je predpoklad, že úraz zanechá trvalé následky? Ak áno, akého druhu a rozsahu?

Je liečenie skončené a dnešný stav nezmeniteľný? Ďalšie oznámenia ošetrujúceho lekára:

V dňa :
pečiatka a podpis ošetrujúceho lekára

Adresa zdravotníckeho zariadenia, telefón:

Meno a priezvisko lekára:

Peňažný ústav:

Číslo účtu: