



viac ako / štandard

Oznámenie poistnej udalosti
Chirurgický zákrok

ČÍSLO POISTNEJ ZMLUVY/
NÁVRHU POISTNEJ ZMLUVY

Vyplnený formulár oznámenia poistnej udalosti zašlite na našu korešpondenčnú adresu. **K formuláru priložte kópiu všetkých lekárskejších správ z priebehu liečenia, operačného protokolu, prepúšťacej správy, príp. kópiu správy z vyšetovania polície, ak je poistnou udalosťou úraz vyšetovaný políciou.** Náklady na vyplnenie tohto formulára znáša poistený.

A. Z dôvodu úrazu B. Z dôvodu choroby

POISTENÝ (OSOBA, KTOREJ BOL VYKONANÝ CHIRURGICKÝ ZÁKROK)

Priezvisko, meno, titul		Rodné číslo	
Adresa trvalého pobytu (ulica, číslo, mesto/obec, PSČ)		Dátum narodenia	
Doklad totožnosti <input type="checkbox"/> OP/ID <input type="checkbox"/> Pas <input type="checkbox"/> Rodný list ¹⁾	Číslo dokladu totožnosti	Štátna príslušnosť	Telefón

ÚDAJE O CHIRURGICKOM ZÁKROKU

Dátum vykonania chirurgického zákroku	Diagnóza ochorenia/úrazu, v dôsledku ktorého bol vykonaný chirurgický zákrok
Druh vykonaného chirurgického zákroku	
Priezvisko, meno lekára a adresa zariadenia, kde bol chirurgický zákrok vykonaný	Telefón
Priezvisko, meno lekára a adresa zariadenia, kde je uložená kompletná zdravotná dokumentácia	Telefón

A. ÚRAZ

Dátum úrazu	Čas úrazu	Miesto úrazu
Príčina úrazu		
Popis okolností, za ktorých došlo k úrazu		
Popis poranenia		
Bola udalosť vyšetovaná (orgánmi polície a pod.)?	<input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Áno	Názov a adresa vyšetrujúceho orgánu

B. CHOROBA

O aké ochorenie ide?
Priezvisko, meno lekára a adresa zariadenia, kde ste sa liečili
Liečba prebiehala v čase Od Do

POISTNÉ PLNENIE

Poistné plnenie poukážete na bankový účet číslo (IBAN)	<input type="text"/>	Pokiaľ nemáte účet, poistné plnenie vám bude zaslané na vyššie uvedenú adresu trvalého pobytu.
--	----------------------	--

¹⁾ V prípade rodného listu sa číslo dokladu nevypíňa. Rodný list môže nahradiť doklad totožnosti len v prípade maloletého poisteného.



IDENTIFIKÁCIA ZÁSTUPCU POISTENÉHO

Priezvisko, meno, titul																<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>													
Adresa trvalého pobytu (ulica, číslo, mesto/obec, PSČ)																														
Dátum narodenia							Rodné číslo										Štátna príslušnosť													
Doklad totožnosti <input type="checkbox"/> OP/ID <input type="checkbox"/> Pas																Číslo dokladu totožnosti														
Doklad o oprávnení zastupovať/konať ²⁾																Číslo dokladu									Druh dokladu					

PODPISY, PRÍLOHY A VYHLÁSENIA

Poistený/zástupca poisteného/žadateľ o poistné plnenie vyhlasuje, že na všetky otázky odpovedal pravdivo a je si vedomý/á dôsledkov nesprávnych odpovedí pre priznanie poistného plnenia. **Poistený/zástupca poisteného/žadateľ o poistné plnenie súhlasí, aby si AXA životní poisťovňa a. s., pobočka poisťovne z iného členského štátu vyžiadala všetku potrebnú dokumentáciu.**

Zástupca poisteného/žadateľ o poistné plnenie udeľuje týmto poisťiteľovi súhlas na spracovanie osobných údajov na účely plnenia zmluvných a zákonných práv a povinností poisťiteľa na dobu nevyhnutne potrebnú na zabezpečenie práv a povinností vyplývajúcich z poistnej zmluvy a na dobu vyplývajúcu zo všeobecne záväzných právnych predpisov. Zároveň udeľuje súhlas s vykonávaním cezhraničného prenosu poskytnutých osobných údajov do členských štátov Európskej únie a tiež do tretích krajín.

Finančný sprostredkovateľ svojím podpisom potvrdzuje, že vykonal identifikáciu poisteného/zástupcu poisteného, vrátane overenia identifikácie (overenie údajov a zhody ich podoby s vyobrazením v doklade totožnosti). Podpis finančného sprostredkovateľa nie je potrebný, ak identifikácia a overenie identifikácie poisteného/zástupcu poisteného už boli vykonané pri inom úkone.

Dátum podpisu						Miesto podpisu				Počet príloh		
PODPIS POISTENÉHO/ZÁSTUPCU POISTENÉHO				ZA POISTENÉHO PODPISUJE				PODPIS FINANČNÉHO SPROSTREDKOVATEĽA				
				<input type="checkbox"/> Zákonný zástupca (priložte rodný list, ak ste ho doposiaľ poisťiteľovi neposkytli)								
				<input type="checkbox"/> Splnomocnený zástupca (priložte plnú moc)								
				<input type="checkbox"/> Ustanovený zástupca (priložte rozhodnutie súdu)								

Poistiteľ je oprávnený požadovať úradné overenie podpisu (na notárskom úrade/matrickom úrade) na tomto formulári.

ÚRADNÉ OVERENIE PODPISU

²⁾ Ak ide o rodiča maloletého poisteného, nie je potrebné vyplniť. Druh dokladu o oprávnení zastupovať/konať môže byť napr. uznesenie o osvojení maloletého.

ČÍSLO POISTNEJ ZMLUVY/
NÁVRHU POISTNEJ ZMLUVY

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

VYPLNÍ OŠETRUJÚCI LEKÁR

Náklady na vyplnenie tejto Správy lekára znáša poistený.

POISTENÝ (OSOBA, KTOREJ BOL VYKONANÝ CHIRURGICKÝ ZÁKROK)

Priezvisko, meno, titul

Rodné číslo

ÚDAJE O CHIRURGICKOM ZÁKROKU

Dátum vykonania chirurgického zákroku

Zákrok vykonaný v zdravotníckom zariadení

Druh chirurgického zákroku

A. ÚRAZ, V DÔSLEDKU KTORÉHO BOL VYKONANÝ CHIRURGICKÝ ZÁKROK

Dátum úrazu

Miesto úrazu

Diagnóza - kód

Priezvisko, meno lekára a adresa zariadenia, kde bolo poskytnuté prvé ošetrenie

Dátum prvého ošetrenia

Čas

Diagnóza - **podrobný popis** všetkých telesných poškodení spôsobených úrazom

Bol poranený orgán už pred úrazom funkčne poškodený?

Nie Áno

V akom rozsahu?

Dátum RTG

Popis RTG

Priebeh a spôsob liečenia - **podrobne popíšte**

Došlo k úrazu pod vplyvom alkoholu alebo omamných látok?

Nie Áno

Druh omamnej látky

% alkoholu v krvi

Bolo príčinou úrazu úmyselné sebapoškodenie?

Nie Áno

Liečba prebiehala v čase

Od

Do

Bol chirurgický zákrok vykonaný z estetických dôvodov?

Nie Áno

Bola poranená časť tela funkčne postihnutá už pred úrazom?

Nie Áno

Ak áno, v akom rozsahu?

Vrodené chyby a ťažkosti

B. CHOROBA, V DÔSLEDKU KTOREJ BOL VYKONANÝ CHIRURGICKÝ ZÁKROK

Dátum diagnostikovania choroby

Diagnóza

Diagnóza - kód

Hospitalizácia za účelom chirurgického zákroku

Od

Do

Predchádzajúce ochorenia, ktoré súvisia s diagnostikovaným ochorením, v dôsledku ktorého bol vykonaný chirurgický zákrok.

Predchádzajúce ochorenie

Začiatok

Príčina

Diagnóza

Vyliečené

Nie Áno

Nie Áno

Nie Áno

Vrodené chyby a ťažkosti

V prípade, že vám nestačí formulár, priložte podpísanú prílohu s uvedením čísla poistnej zmluvy.

PODPISY, PRÍLOHY A VYHLÁSENIA

Potvrdzujem, že údaje v Správe lekára sa týkajú osoby uvedenej na prvej strane formulára ako „poistený“ a že som túto správu vypracoval/a na základe zdravotnej dokumentácie vystavenej zdravotníckym zariadením uvedeným na prvej strane tohto formulára.

Dátum podpisu

Miesto podpisu

Telefón lekára

Počet príloh

MENO A ADRESA LEKÁRA/ ZDRAVOTNÍCKEHO ZARIADENIA

PEČIATKA A PODPIS LEKÁRA