viac ako / štandard

Oznámenie poistnej udalosti
Úraz

ČÍSLO POISTNEJ ZMLUVY/ NÁVRHU POISTNEJ ZMLUVY

Vyplnený formulár oznámenia poistnej udalosti zašlite na našu korešpondenčnú adresu. **K formuláru priložte kópie všetkých lekárskych správ z priebehu liečenia (vrátane prvého lekárskeho ošetrenia, pohotovosti, rýchlej zdravotníckej pomoci, rehabilitácie), aktuálny nález (ortopedický, neurologický a pod.), fotografiu tváre po 1 roku od úrazu v prípade jaziev na tvári, príp. kópiu policajného protokolu a správy o závere vyšetrovania, pokiaľ bola príčina vzniku poistnej udalosti vyšetrovaná políciou.**

☐ **Denné odškodné** ☐ **Trvalé telesné poškodenie následkom úrazu** Nemocenské poistenie ☐ Nie ☐ Áno Kód zdravotnej poisťovne

POISTENÝ (OSOBA, KTOREJ SA STAL ÚRAZ)

Priezvisko, meno, titul | Rodné číslo

Adresa trvalého pobytu (ulica, číslo, mesto/obec, PSČ) | Dátum narodenia

Doklad totožnosti ☐ OP/ID ☐ Pas ☐ Rodný list[1] | Číslo dokladu totožnosti | Štátna príslušnosť | Telefón

ÚDAJE O ÚRAZE

Dátum úrazu | Čas úrazu | Miesto úrazu

Ako došlo k úrazu? (podrobne popíšte)

Ktorá časť tela bola postihnutá a ako?

Došlo k úrazu pri športe? ☐ Nie ☐ Áno | Ak áno, uveďte druh športu | Ste registrovaný? ☐ Nie ☐ Áno | Ak áno, uveďte druh športu | Odkedy

Došlo k úrazu pod vplyvom alkoholu alebo omamných látok? ☐ Nie ☐ Áno | Došlo k úrazu pri dopravnej nehode? ☐ Nie ☐ Áno | Kto úraz zavinil?

Bola udalosť vyšetrovaná políciou? ☐ Nie ☐ Áno | Názov a adresa vyšetrujúceho orgánu

Meno lekára a adresa zariadenia, ktoré poskytlo prvé ošetrenie | Dátum prvého ošetrenia | Hodina

Meno lekára a adresa zariadenia, kde ste sa ďalej liečili

POISTNÉ PLNENIE

Poistné plnenie poukážte na bankový účet číslo (IBAN)

Pokiaľ nemáte účet, poistné plnenie vám bude zaslané na vyššie uvedenú adresu trvalého pobytu.

IDENTIFIKÁCIA ZÁSTUPCU POISTENÉHO

Priezvisko, meno, titul ☐ Muž ☐ Žena

Adresa trvalého pobytu (ulica, číslo, mesto/obec, PSČ)

Dátum narodenia | Rodné číslo | Štátna príslušnosť

Doklad totožnosti ☐ OP/ID ☐ Pas | Číslo dokladu totožnosti

Doklad o oprávnení zastupovať/konať[2] | Číslo dokladu | Druh dokladu

01

[1] V prípade rodného listu sa číslo dokladu nevypĺňa. Rodný list môže nahradiť doklad totožnosti len v prípade maloletého poisteného.
[2] Ak ide o rodiča maloletého poisteného, nie je potrebné vyplniť. Druh dokladu o oprávnení zastupovať/konať môže byť napr. uznesenie o osvojení maloletého.

AXA životní pojišťovna a.s., so sídlom Lazarská 13/8, 120 00 Praha 2, Česká republika, IČO: 618 59 524, spoločnosť zapísaná v obchodnom registri Mestského súdu v Prahe, oddiel B, vložka č. 2831, podnikajúca v Slovenskej republike prostredníctvom organizačnej zložky: AXA životní pojišťovna a.s., pobočka poisťovne z iného členského štátu, so sídlom Kolárska 6, 811 06 Bratislava, IČO: 35 968 079, zapísaná v obchodnom registri Okresného súdu Bratislava I, oddiel Po, číslo vložky 1327/B.
Korešpondenčná adresa: AXA životní pojišťovna a.s., pobočka poisťovne z iného členského štátu, Kolárska 6, 812 55 Bratislava, Slovenská republika.
AXA linka: +421 2 2929 2929, Fax: +421 2 5949 1112, E-mail: info@axa.sk, www.axa.sk

ČÍSLO POISTNEJ ZMLUVY/ NÁVRHU POISTNEJ ZMLUVY

PODPISY, PRÍLOHY A VYHLÁSENIA

Poistený/zástupca poisteného/žiadateľ 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/žiadateľ o poistné plnenie súhlasí, aby si AXA životní pojišťovna a. s., pobočka poisťovne z iného členského štátu vyžiadala všetku potrebnú dokumentáciu.**

Zástupca poisteného/žiadateľ o poistné plnenie udeľuje týmto poistiteľovi súhlas na spracovanie osobných údajov na účely plnenia zmluvných a zákonných práv a povinností poistiteľa 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
	☐ Zákonný zástupca (priložte rodný list, ak ste ho doposiaľ poistiteľovi neposkytli) ☐ Splnomocnený zástupca (priložte plnú moc) ☐ Ustanovený zástupca (priložte rozhodnutie súdu)	

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

ÚRADNÉ OVERENIE PODPISU

ČÍSLO POISTNEJ ZMLUVY/ NÁVRHU POISTNEJ ZMLUVY

VYPLNÍ OŠETRUJÚCI LEKÁR
Náklady na vyplnenie tejto Správy lekára budú uhradené poistiteľom do výšky 10 € v prípade uznania nároku na poistné plnenie. Za vyplnenie tejto správy uhraďte lekárovi ním požadovanú sumu (podľa § 38 ods. 11 zákona č. 577/2004 Z. z. o rozsahu zdravotnej starostlivosti uhrádzanej na základe verejného zdravotného poistenia a o úhradách za služby súvisiace s poskytovaním zdravotnej starostlivosti, ide o službu súvisiacu s poskytovaním zdravotnej starostlivosti poskytnutú na Vašu žiadosť) a originál dokladu o zaplatení predložte poistiteľovi.

POISTENÝ (OSOBA, KTOREJ SA STAL ÚRAZ)

Priezvisko, meno, titul

Rodné číslo

ÚDAJE O ÚRAZE

Zodpovedá telesné poškodenie okolnostiam, ako postihnutý uviedol? ☐ Nie ☐ Áno

Diagnóza - kód

Meno lekára a adresa zariadenia, ktoré poskytlo prvé ošetrenie

Dátum prvého ošetrenia

Čas

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

Bol už poranený orgán pred úrazom funkčne poškodený? ☐ Nie ☐ Áno

V akom rozsahu?

Kedy? Dátum

Akým spôsobom?

Dátum RTG a ďalších zobrazovacích vyšetrení

Popis RTG a ďalších zobrazovacích vyšetrení

Meno odborného lekára, u ktorého je postihnutý v starostlivosti Od Do

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

Bol porušený liečebný režim? ☐ Nie ☐ Áno

Zanechal úraz trvalé následky? ☐ Nie ☐ Áno

Aké - popis, rozsah

Je rozsah trvalých následkov už ustálený? ☐ Nie ☐ Áno

Hospitalizácia Od Do

Priložte prepúšťaciu správu a v prípade operácie i pooperačný protokol.

Pevná fixácia Od Do

Rehabilitácia Od Do

Pracovná neschopnosť v dôsledku úrazu (vrátane) Od Do

U detí a študentov uveďte dobu nevyhnutného liečenia (neúčasť v školnej dochádzke), ktorá by sa rovnala pracovnej neschopnosti

Iné správy lekára

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