

HLÁSENIE ŠKODOVEJ UDALOSTI oznámenie o úraze

Poistený			
Meno / Názov		Číslo poistnej zmluvy	1110025473
Ulica		Mesto	
Telefón		PSC	
E-mail		Rodné číslo	

Údaje o úraze (vyplňuje poistený, resp. zákonný zástupca za maloletého poisteného)			
Dátum úrazu	Hodina úrazu	Miesto úrazu	
Prvé ošetrenie bolo poskytnuté dňa			
Popis úrazového deja (aká činnosť bola v čase úrazu vykonávaná, príčina úrazu)			
Popis poranenia			
Došlo k úrazu pri športe? <input type="checkbox"/> áno <input type="checkbox"/> nie		Vykonávate šport súťažne alebo pod registráciou v športovom klube? <input type="checkbox"/> áno <input type="checkbox"/> nie	
Názov a adresa organizácie, resp. športového klubu		Odkedy?	
Bola táto časť tela už predtým funkčne postihnutá (úrazom, chorobou)? <input type="checkbox"/> áno <input type="checkbox"/> nie	Kedy?	Aké poranenie?	
Adresa lekára, zdravotníckeho zariadenia, kde ste sa liečili, kde je uložená kompletná zdravotná dokumentácia			Telefonický kontakt
Vyšetrovala úraz polícia? <input type="checkbox"/> áno <input type="checkbox"/> nie	Adresa polície		

POKYNY K VÝPLATE POISTNÉHO PLNENIA (vyplňuje poistený, resp. zákonný zástupca za maloletého poisteného)	
Poistné plnenie žiadam poukázať:	
na účet (IBAN)	Názov banky
<input type="checkbox"/> áno Vyhlasujeme, že som majiteľom uvedeného účtu	<input type="checkbox"/> nie Účet patrí manželovi, manželke alebo blízkym osobám, uveďte vlastníka účtu a vzťah



HŠU_2022-xx-xx

Vyhlasenie zákonného zástupcu maloletého poisteného (vyplňuje zákonný zástupca maloletého poisteného)

Priezvisko zákonného zástupcu	Meno, titul	Rodné číslo
Vzťah k maloletému		Telefonický kontakt

Čestne vyhlasujem, že som oprávnený zastupovať a spravovať veci maloletého a som si vedomý(á) dôsledkov, ak by som uviedol(a) vo vyhlásení nepravdivé údaje.

Beriem na vedomie, že PREMIUM Poistovňa, pobočka poisťovne z iného členského štátu spracúva osobné údaje uvedené v tomto oznámení v súlade s Nariadením Európskeho parlamentu a Rady (EÚ) 2016/679 z 27. apríla 2016 o ochrane fyzických osôb pri spracúvaní osobných údajov a o voľnom pohybe takýchto údajov, ktorým sa zrušuje smernica 95/46/ES (všeobecné nariadenie o ochrane údajov) a príslušnými slovenskými právnymi predpismi. Zároveň poisťovňa informuje dotknutú osobu, že informácie o spracúvaní osobných údajov je možné nájsť na: www.premium-ic.sk

SÚHLAS NA SPRACOVANIE OSOBNÝCH ÚDAJOV

Vyhlasujem, že som odpovedal pravdivo, úplne a uvedené údaje zodpovedajú skutočnosti.

Beriem na vedomie, že PREMIUM Poistovňa, pobočka poisťovne z iného členského štátu spracúva osobné údaje uvedené v tomto oznámení ako aj iné osobné údaje poskytnuté v súvislosti s poisťovnou zmluvou v súlade s Nariadením Európskeho parlamentu a Rady (EÚ) 2016/679 z 27. apríla 2016 o ochrane fyzických osôb pri spracúvaní osobných údajov a o voľnom pohybe takýchto údajov, ktorým sa zrušuje smernica 95/46/ES (všeobecné nariadenie o ochrane údajov) a príslušnými slovenskými právnymi predpismi. Zároveň poisťovňa informuje dotknutú osobu, že informácie o spracúvaní osobných údajov je možné nájsť na webovej stránke www.premium-ic.sk

Súhlasím, aby spoločnosť PREMIUM Poistovňa, pobočka poisťovne z iného členského štátu spracúvala moje osobné údaje týkajúce sa môjho zdravotného stavu a to ich zisťovaním a preverovaním (a následným spracúvaním týchto údajov) vo všetkých zdravotníckych zariadeniach poskytujúcich zdravotnú starostlivosť a u všetkých lekárov ako aj získavaním výpisov zo zdravotnej dokumentácie a zapožičaním zdravotnej dokumentácie za účelom zistenia pravdivosti mnou uvedených informácií v poisťovnej zmluve a posúdenia poisťovnej udalosti. Zároveň v uvedenom rozsahu zbavujem mlčanlivosti voči Spoločnosti všetkých lekárov v otázkach súvisiacich s mojim zdravotným stavom.

Beriem na vedomie, že môj súhlas so spracúvaním osobných údajov môžem kedykoľvek odvolať zaslaním písomného odvolania na adresu sídla Spoločnosti.

 ÁNO, DÁVAM SÚHLAS NIE, NEDÁVAM SÚHLAS

Podpis zákonného zástupcu

V	Dňa	Úradne overený podpis poisteného resp. zákonného zástupcu poisteného*	Číslo dokladu totožnosti
----------	------------	--	---------------------------------

* Identifikáciu a overenie identifikácie je oprávnený vykonať zamestnanec spoločnosti PREMIUM Poistovňa, pobočka poisťovne z iného členského štátu na jej obchodnom mieste, pobočke alebo priamo v sídle spoločnosti alebo finanční agenti v sektore poistenia a zaistenia (namiesto úradne overeného podpisu u notára alebo na matrike).

Dátum	Čitateľne meno a priezvisko/názov osoby², ktorá identifikovala klienta³	Osobné číslo alebo registračné číslo v NBS osoby, ktorá identifikovala klienta/obchodný názov firmy (prípadne pečiatka)
Podpis osoby, ktorá identifikovala klienta		

¹ V prípade označenia možnosti Áno, je potrebné kontaktovať Zodpovednú osobu (pred vykonaním akéhokoľvek úkonu)

² V prípade právnickej osoby sa uvádza aj meno a priezvisko osoby oprávnenej za ňu konať (prípadne pečiatka).

³ V prípade podriadeného finančného agenta sa uvádza aj meno a priezvisko/názov samostatného finančného agenta, s ktorým má uzatvorenú zmluvu o sprostredkovaní. Zároveň sa uvádza obchodný názov firmy, pre ktorú pracuje.



Zriaďovateľ:

PREMIUM Insurance Company Limited

68 George Borg Olivier Street, St. Julian's, STJ 1081, Maltská republika
registrovaná v Registri spoločností Maltskej republiky,
číslo zápisu C 91171PREMIUM Poistovňa, pobočka poisťovne z iného členského štátu
Námestie Mateja Korvína 1, 811 07 Bratislava, Slovenská republika
IČO: 50 659 669, registrovaná v Obchodnom registri Okresného súdu
Bratislava I, oddiel: Po, vložka číslo: 3737/BInfolinka: 0850 888 988 | poistenie@premium-ic.sk | www.premium-ic.skKontakt pre uplatnenie nároku na poistné plnenie: poistenie@tale.sk ; +421 48 67 12 201

SPRÁVA OŠETRUJÚCEHO LEKÁRA				Náklady spojené s vypísaním tlačiva pre poisťovňu znáša poistený, resp. oprávnená osoba na výplatu poistného plnenia.				
Meno a priezvisko ošetrojúceho lekára								
Názov a adresa zdravotníckeho zariadenia						PSČ		
Telefonický kontakt				E-mail				
Ošetrojúci lekár potvrdzuje, že poisteného: Meno a priezvisko poisteného						Rodné číslo		
<input type="checkbox"/> ošetroval úrazom postihnutého poisteného a zistil telesné poškodenie spôsobené úrazom								
<input type="checkbox"/> vypracoval správu o úraze na základe zdrav. dokumentácie z liečenia úrazu poisteného vystavenej zdravotníckym zariadením:								
Prvé lekárske ošetrenie úrazu (podľa zdrav. dokumentácie) bolo:				dňa		o hod.		
v zdravotníckom zariadení						Telefonický kontakt		
Podrobný popis telesného poškodenia spôsobeného úrazom s určením jeho rozsahu a príčiny								
Diagnóza vlastného zranenia (slovensky - latinsky, dg.MKCH)								
Zodpovedá rozsah telesného poškodenia úrazovému deju uvedenému na prednej strane tlačiva? <input type="checkbox"/> áno <input type="checkbox"/> nie Uvedte prečo:								
Spôsob a druh ošetrovania (popis liečby, pri rehabilitácii uveďte frekvenciu, dobu i jej výsledky)								
Nález s opisom –		RTG,	MR,	CT,	Sono, iné... (uveďte vždy, ak bolo dané vyšetrenie vykonané)			
Bola vykonaná operácia? <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> áno				Aká?				
Bol poistený hospitalizovaný? <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> áno		od		do		Kde?		
Dôvod hospitalizácie								
Skutočná doba nevyhnutného liečenia úrazu (vrátane komplikácií)				od		do		Počet týždňov
Práceschopnosť v dôsledku liečenia úrazu trvala				od		do		Číslo PN
Meno a priezvisko lekára, adresa zdravotníckeho zariadenia, ktoré PN vystavilo								
Došlo k predĺženiu priemernej doby liečenia úrazu? <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> áno				Uvedte príčinu a druh komplikácií (infekcia, zápal a pod.)				
Predpokladáte, že úraz zanechá trvalé následky? <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> áno				Krátko popíšte akého druhu a rozsahu?				
Bola poranená časť tela už pred úrazom funkčne postihnutá? <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> áno				Ako a v akom rozsahu?				
Došlo k úrazu pod vplyvom alkoholu? <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> áno				v krvi zistené % alkoholu				
Došlo k úrazu pod vplyvom omamných, či toxických látok, drog? <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> áno				Akých?				
Vyhlasujem, že uvedené údaje sú pravdivé, úplné a zodpovedajú skutočnosti.				V		Pečiatka a podpis ošetrojúceho lekára		
				Dňa				

