

Oznámenie trvalej invalidity (ďalej aj „trvalé následky“)

Tlačivo Oznámenie trvalej invalidity - ďalej aj „trvalé následky“ - (strana 2 a 3 tohto dokumentu) je dvojstranové – je vhodné ho vytlačiť na jeden list obojstranne.

Prvá strana:

- vyplní poistený alebo jeho zákonný zástupca;
- uvedte číslo poistenia, z ktorého si uplatňujete nárok na poistné plnenie;
- podrobne opíšte okolnosti vzniku úrazu, činnosť, pri ktorej došlo k úrazu, prípadne zdroj, ktorý bol príčinou úrazu;
- vyplňte všetky rubriky – kolónky aj v prípade, že sú odpovede záporné;
- nárok na poistné plnenie za trvalú invaliditu následkom úrazu vzniká: po ustálení trvalých následkov najskôr rok odo dňa vzniku úrazu, najneskoršie však do troch rokov odo dňa vzniku úrazu;
- vyplnené tlačivo zašlite na adresu:
Basler Sachversicherungs-AG, pobočka poisťovne z iného členského štátu,
Nám. SNP 15, 811 03 Bratislava;
- k oznámeniu trvalej invalidity doložte kópie kompletnej zdravotnej dokumentácie, týkajúcej sa daného úrazu, a kópiu relácie z polície, ak prípad vyšetrovala polícia. V prípade, že bola vykonaná operácia, je nevyhnutné priložiť fotokópie prepúšťacej správy z nemocnice. Toto platí iba vtedy, ak ste doklady nezaslali do poisťovne prv, pri riešení poistnej udalosti v minulosti, a zároveň žiadne doklady nepribudli;
- plnenie trvalej invalidity následkom úrazu bude vyplatené po ukončení likvidačného šetrenia poisťovňou;
- uvedte, prosíme, čitateľne číslo účtu v tvare IBAN, kam Vám môžeme zaslať poistné plnenie

Druhá strana:

- vyplní odborný ošetrojúci lekár poisteného
- ak ošetrojúcemu lekárovi zaplatíte poplatok za vypísanie tlačiva Oznámenie trvalej invalidity, príjmový pokladničný doklad (originál) zašlite spolu s oznámením poistnej udalosti. Poplatok do výšky 2 ‰ z poistnej sumy pre trvalú invaliditu Vám uhradíme.

Oznámenie trvalej invalidity

Číslo poisťnej zmluvy:

Informácia pre poisteného:

- Prosíme o presné a dôsledné zodpovedanie všetkých otázok. Nezodpovedanie otázky alebo prečiarknutie políčka platí ako záporná odpoveď. Tlačivo zašlite na adresu:
Basler Sachversicherungs-AG, pobočka poisťovne z iného členského štátu, Nám. SNP 15, 811 03 Bratislava
- Nárok na poisťné plnenie za trvalú invaliditu následkom úrazu vzniká po ustálení trvalých následkov, najskôr rok, najneskoršie však do troch rokov odo dňa vzniku úrazu.
- Ku tlačivu Oznámenie trvalej invalidity doložite fotokópie kompletnej zdravotnej dokumentácie týkajúcej sa daného úrazu. Toto platí iba vtedy, ak ste doklady nezaslali do poisťovne prv, pri riešení poisťnej udalosti v minulosti a zároveň žiadne doklady nepridali.
- Plnenie trvalej invalidity následkom úrazu bude vyplatené po ukončení likvidačného šetrenia poisťovňou.

Údaje o poistenom	
Meno a priezvisko poisteného:	
Rodné číslo: Dátum narodenia: ☎ kontakt:	
Povolanie (profesia) v čase vzniku úrazu: Povolanie od (mesiac/rok):	
Korešpondenčná adresa: PSČ:	
Údaje o úraze	
Kedy vznikol úraz? dňa: o hod., miesto:	
Podrobný popis úrazového deja (popis okolností vzniku úrazu, činnosť pri ktorej došlo k úrazu, zdroj, ktorý bol príčinou úrazu):	
Druh úrazu: <input type="checkbox"/> úraz počas voľného času <input type="checkbox"/> úraz počas pracovného času <input type="checkbox"/> úraz na ceste do/z pracoviska	
Ktorá časť tela bola poranená? Bola táto časť funkčne alebo inak postihnutá pred úrazom? <input type="checkbox"/> áno <input type="checkbox"/> nie	
Popis poranenia:	
Kedy a kde bolo poskytnuté prvé ošetrenie? Dňa o hod.,	
v zdravotníckom zariadení – adresa, meno lekára:	
Kde ste sa pre úraz liečili, alebo kde Vám bolo poskytnuté ošetrenie? Meno a adresa lekára, zdravotníckeho zariadenia	
Boli ste pre úraz hospitalizovaný? <input type="checkbox"/> áno <input type="checkbox"/> nie Ak áno: od do	
Názov a adresa zdravotníckeho zariadenia:	
Užili ste za posledných 24 hodín pred úrazom alkohol alebo lieky/narkotiká? <input type="checkbox"/> áno <input type="checkbox"/> nie	
Ak áno: kedy, čo, koľko? (uveďte aj malé množstvá)	
Bola vykonaná krvná skúška? <input type="checkbox"/> áno <input type="checkbox"/> nie Ak áno, uveďte výsledok v %:	
Došlo k úrazu pri športe alebo inej telovýchovnej činnosti? <input type="checkbox"/> áno <input type="checkbox"/> nie	
Ak áno, uveďte názov, ktorou organizáciou bol organizovaný	
Došlo k úrazu pri dopravnej nehode? <input type="checkbox"/> áno <input type="checkbox"/> nie Boli ste vodičom v čase nehody? <input type="checkbox"/> áno <input type="checkbox"/> nie	
Ak ide o úraz motorovým vozidlom, druh a továrnska značka vozidla: ŠPZ:	
Počet sedadiel: Počet prepravovaných osôb: Meno a adresa vodiča:	
Vyšetřovala úraz polícia? <input type="checkbox"/> áno <input type="checkbox"/> nie Adresa polície a číslo spisu, pod ktorým je registrovaná nehoda:	
Ktoré osoby boli očitými svedkami nehody?	
Ktoré osoby boli svedkami udalostí pred alebo po nehode?	
Bol vznik alebo priebeh úrazu oznámený na štátnom zastupiteľstve?	
<input type="checkbox"/> áno <input type="checkbox"/> nie Adresa a registračné číslo spisu:	
Boli ste za posledných 5 rokov pre zranenia, prípadne nehodu alebo ochorenia v lekárskom ošetrení?	
<input type="checkbox"/> áno <input type="checkbox"/> nie Ak áno: Kedy a s akou diagnózou:	
Pokyny poisteného k výplatu poisťného plnenia	
Plnenie poukážte na účet v tvare IBAN: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
Vyhlasujem, že som odpovedal pravdivo a úplne a uvedené údaje zodpovedajú skutočnosti. Som si vedomý/á toho, že nepravdivé alebo neúplné údaje v tomto oznámení môžu viesť k strate poisťnej ochrany a k veľkým postihnutiam dokonca aj vtedy, keď poisťiteľovi pre tieto informácie nevznikne žiadna škoda. Za správnosť údajov som zodpovedný/á aj vtedy, keď toto oznámenie vyplnila tretia osoba (napr. manžel, sprostredkovateľ).	
Som si vedomý/á toho, že poisťiteľ k posúdeniu nárokov preverí pravdivosť mojich údajov, ktoré som zaslal písomnou formou (napr. Oznámenie o úraze, Potvrdenie), ako aj tých údajov, ktoré na môj vlastný podnet realizovala nemocnica, resp. iný liečebný ústav alebo zdravotnícke zariadenie. Súhlasím, aby Basler Sachversicherungs-AG, pobočka poisťovne z iného členského štátu zisťovala môj (maloletého poisteného) zdravotný stav. Týmto oprávňujem a pozbavujem mlčanlivosti každého lekára, aby poskytol poisťovní informácie, zdravotnú dokumentáciu týkajúcu sa liečenia úrazu, choroby, resp. zdravotného stavu. Súčasne splnomocňujem Basler Sachversicherungs-AG, pobočku poisťovne z iného členského štátu, aby sa za účelom došetřovania poisťnej udalosti, zdravotného stavu alebo za účelom preskúmania oznámených údajov a zistených ďalších okolností spojila s inými poisťovňami a ďalšími verejno-právnymi lebo súkromno-právnymi subjektmi a súhlasím, aby tieto inštitúcie poskytli poisťovní žiadané informácie. Poistený týmto dáva lekárovi výslovný písomný súhlas s poskytnutím údajov o jeho zdravotnom stave spoločnosti Basler Sachversicherungs-AG, pobočke poisťovne z iného členského štátu.	
V dňa podpis poisteného (resp. jeho zákonného zástupcu)

Správa ošetrujúceho lekára

Poskytnutie údajov je v súlade so súhlasom poisteného, resp. jeho zákonného zástupcu (pozri predná strana). Prosíme o dôkladné vyplnenie. V prípade, že Vám honorár za vyplnenie tohto tlačiva vyplatí poistený, dovoľujeme si požiadať pre klienta o vystavenie originálu príjmového dokladu.

Údaje o úraze	
Meno a priezvisko poisteného: Rodné číslo:	
Kedy došlo k úrazu? Kedy bolo poskytnuté prvotné ošetrovanie?	
Čo je v zdravotnej dokumentácii uvedené ako príčina úrazu? Je klient <input type="checkbox"/> pravák <input type="checkbox"/> ľavák	
Podrobný popis všetkých telesných poškodení spôsobených úrazom s uvedením všetkých príznakov poranení zistených pri prvotnom ošetrovaní:	
Diagnózy všetkých telesných poškodení spôsobených úrazom:	
Nález zo dňa + popis: RTG, CT, NMR. Audio, Perimeter a pod.	
Pribeh a spôsob liečenia úrazu (vrátane druhu a doby fixácie):	
Došlo k predĺženiu liečby v dôsledku komplikácií? <input type="checkbox"/> áno <input type="checkbox"/> nie Ak áno, uveďte, akých?	
Nastal úraz následkom požitia alkoholu, alebo návykových látok? <input type="checkbox"/> áno <input type="checkbox"/> nie Ak áno, o aký druh návykovej látky pravdepodobne išlo? Do akej miery ovplyvnil požitý alkohol, alebo návyková látka správanie poisteného?	
V krvi bolo zistené.....% alkoholu.	
Popis trvalých následkov	
Terajšie ťažkosti udávané klientom:	
Zistený druh trvalých následkov (poranená časť tela):	Zistený rozsah trvalých následkov – straty, obmedzenia funkcií, poruchy, poškodenia, tvar jaziev a pod. Pri určovaní rozsahu obmedzenia pohybov v kĺboch uveďte, prosíme údaje ako napr. extenzia, flexia, pronácia, supinácia, addukcia, abdukcia, rotácia a pod. v stupňoch:
Sú zistené trvalé následky v priamej príčinnej súvislosti s udávaným zranením? <input type="checkbox"/> áno <input type="checkbox"/> nie	Majú na rozsah trvalých následkov vplyv choroby s úrazom nesúvisiace? <input type="checkbox"/> áno <input type="checkbox"/> nie Ak áno, uveďte aké (napríklad diabetes mellitus, chronické ochorenie pečene a pod.): podiel v percentách: %
Je rozsah trvalých následkov úrazu už ustálený? <input type="checkbox"/> áno <input type="checkbox"/> nie Ak nie, kedy predpokladáte ich ustálenie a aký je predpoklad ich druhu a rozsahu:	
Boli funkcie poškodeného orgánu znížené pred úrazom? <input type="checkbox"/> áno <input type="checkbox"/> nie Ak áno, odkedy a v akom rozsahu?	Trpel poistený už pred týmto úrazom ťažkosťami alebo úrazmi poranenej časti tela? <input type="checkbox"/> áno <input type="checkbox"/> nie Ak áno, odkedy a v akom rozsahu?
V prípade požiadavky posudkového lekára poisťovne Basler Sachversicherungs-AG, pobočka poisťovne z iného členského štátu, vyslovujem súhlas na účinnú spoluprácu. Čestne vyhlasujem, že som zodpovedal(a) pravdivo a úplne všetky otázky a som si vedomý(á) dôsledku nepravdivých odpovedí.	
V dňa	
..... pečiatka a podpis ošetrujúceho lekára	