



Vyhradené pre  
elektronický archív

Distribučný kanál

Meno oprávneného zástupcu poisťovateľa

Identifikačné číslo oprávneného zástupcu poisťovateľa

Pobočka, dátum prijatia

Ústredie, dátum prijatia

**ING Životná poisťovňa, a.s.**  
Tŕnavská cesta 50/B, 821 02 Bratislava  
Slovenská republika, IČO: 35 691 999  
zapsaná v Obchodnom registri Okresného súdu  
Bratislava I, v oddieli: Sa, Vložka č.: 1095/B  
Tel.: 0850 111 464, fax: 02/59 313 999  
www.ing.sk

Číslo poistnej zmluvy

## Oznámenie poistnej udalosti následkom úrazu

POISTENÝ	Priezvisko	Meno	Titul
	Trvalý pobyt (ulica, číslo domu, mesto, PSČ)		Rodné číslo
	Telefón domov	Mobilný telefón	E-mail

POISTNÍK	Priezvisko	Meno	Titul
	Trvalý pobyt (ulica, číslo domu, mesto, PSČ)		Rodné číslo
	Telefón domov	Mobilný telefón	E-mail

**Došlo k zmene povolania, resp. rizikového športu?**  
Ak áno, uveďte stávajúce povolanie, resp. športovú rizikovú činnosť

NIE  ÁNO od kedy

DRUH POISTNEJ UDALOSTI	<input type="checkbox"/> <b>Úraz</b> Prosíme priložiť: - overenú kópiu rodného listu dieťaťa (v prípade úrazu nepnoletého dieťaťa)
	<input type="checkbox"/> <b>Doba nevyhnutného liečenia úrazu</b> Prosíme priložiť: - overenú kópiu lekárskej správy o priebehu a spôsobe liečenia - v prípade hospitalizácie originál prepúšťacej správy
	<input type="checkbox"/> <b>Trvalé následky úrazu</b>
	<input type="checkbox"/> <b>Úmrtie následkom úrazu</b> Prosíme priložiť: - overenú kópiu úmrtného listu - overenú kópiu listu o prehladke mŕtveho
	<input type="checkbox"/> <b>Oslobodenie od platenia poistného z dôvodu úrazu</b> Prosíme priložiť: - potvrdenú kópiu rozhodnutia o priznaní invalidného dôchodku z ústredia sociálnej poisťovne alebo odborný posudok o zdravotnom stave, keď poistený/á poistník nemá nárok na invalidný dôchodok od štátu - potvrdenú kópiu lekárskej správy (I. a II. časť) z rokovania posudkovej komisie o prechode do invalidity zo sociálnej poisťovne
	<input type="checkbox"/> <b>Invalidný dôchodok následkom úrazu</b> Prosíme priložiť: - potvrdenú kópiu rozhodnutia o priznaní invalidného dôchodku z ústredia sociálnej poisťovne alebo odborný posudok o zdravotnom stave, keď poistený/á poistník nemá nárok na invalidný dôchodok od štátu - potvrdenú kópiu lekárskej správy (I. a II. časť) z rokovania posudkovej komisie o prechode do invalidity zo sociálnej poisťovne

**Hospitalizácia a pracovná neschopnosť následkom úrazu**  
Prosíme priložiť:  
- overenú kópiu prepúšťacej správy (hospitalizácia v dôsledku úrazu)  
- tlačivo „Doklad o pracovnej neschopnosti“ - 1. diel (pracovná neschopnosť v dôsledku úrazu)

OKOLNOSTI VZNIKU ÚRAZU	<b>1. Kedy sa úraz stal:</b> Dátum, hodina
	<b>2. Kde sa úraz stal:</b> Miesto, ulica, číslo domu
	<b>3. Došlo k úrazu pri výkone povolania?</b> Ak áno, priložte záznam o pracovnom úraze
	<b>4. Došlo k úrazu pri záujmovej činnosti alebo športe?</b> Ak áno, uveďte bližšie informácie (registrácie v kluboch, účasť na závodoch, a pod.)
	<b>5. Došlo k úrazu pri dopravnej nehode?</b>
	<b>Účastník nehody:</b> ako vodič <input type="checkbox"/> ako chodec <input type="checkbox"/> ako spolujazdec <input type="checkbox"/> ako <input type="text"/>

**Mal poistený:** bezpečnostné pásy  NIE  ÁNO helmu  NIE  ÁNO

**6. Popis okolnosti, za ktorých došlo k úrazu** (pokiaľ sa úraz stal pri výkone povolania, uveďte pracovisko, na ktorom došlo k úrazu, a činnosť, ktorú ste vykonávali)

**7. Boli okolnosti úrazu vyšetované (políciou, bezpečnosťou práce a pod.)?** NIE  ÁNO

(ak áno, doložte overenú kópiu policajného protokolu, resp. uznesenia, príp. právoplatné rozhodnutie súdu, záznam o pracovnom úraze a uveďte adresu vyšetrujúceho orgánu, číslo a značku konania)

**8. Svedok úrazu**

Priezvisko

Meno

Titul

Adresa (ulica, číslo domu, mesto, PSČ)

**9. Máte uzavreté úrazové poistenie?** NIE ÁNO

u akej poisťovne

**Notár**

Meno, priezvisko a adresa notára, ktorý je poverený k vybavovaniu dedičstva:

**Zdravotnícke zariadenia**

Mená lekárov a adresy zdravotníckych zariadení, v ktorých ste boli v súvislosti s úrazom ošetrený/á

Meno praktického lekára, adresa zdravotníckeho zariadenia, telefón

**Keď máte k dispozícii podklady vzťahujúce sa k poisťnej udalosti, priložte ich, alebo ich overené kópie.****Lekárska správa o úraze**

Dátum prvého ošetrenia

Odpovedá telesné poškodenie okolnostiam, ktoré uviedol poškodený?

 NIE ÁNO

Číslo diagnózy úrazu a slovný popis

Dátum prijmu

Dátum prepustenia

Číslo prijmu

Dni priepustky

Dátum operačného zákroku

**Doba nevyhnutného liečenia úrazu**

od

do

Prosíme doložte prepúšťacú správu a lekársku správu o priebehu a spôsobe liečenia od ošetrujúceho odborného lekára

Bola poranená časť tela už pred úrazom funkčne postihnutá?

 NIE ÁNO

V akom rozsahu

\* Je plánovaná ďalšia kontrola?

 NIE ÁNO

Dátum

\* Je ukončené liečenie?

 NIE ÁNO

Dátum

\* Je navrhnutá ďalšia rehabilitačná alebo kúpeľná liečba?

 NIE ÁNO

Aká (popis\*)

Došlo k úrazu následkom požitia alkoholu alebo iných návykových látok?

 NIE ÁNO

Promile alkoholu v krvi

Druh návykovej látky

Bolo príčinou úrazu úmyselné sebapoškodenie alebo pokus o samovraždu?

 NIE ÁNO

Zanechal úraz následky?

 NIE ÁNO

Aké (popis)

Zanechal úraz po ukončení liečby trvalé následky?

 NIE ÁNO

Aké (popis)

Sú trvalé následky ustálené?

 NIE ÁNO

V ..... dňa .....

Pečiatka a podpis lekára/zdravotníckeho zariadenia

## Osoba uplatňujúca nárok na poistné plnenie

Priezvisko	Meno	Titul
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Trvalý pobyt (ulica, číslo domu, mesto, PSČ)		
<input type="text"/>		
Rodné číslo	Kontaktný telefón	Vzťah k poistenému
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

## V prípade nepnoletosti poisteného/oprávnenej osoby uveďte zákonného zástupcu a doložte overenú kópiu rodného listu dieťaťa:

Priezvisko	Meno	Titul
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Trvalý pobyt (ulica, číslo domu, mesto, PSČ)		
<input type="text"/>		
Rodné číslo	Kontaktný telefón	Vzťah k poistenému/oprávnenej osobe
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Adresa príslušného úradu práce, sociálnych vecí a rodiny		
<input type="text"/>		

## Poistné plnenie

Poistné plnenie možno poukázať:

na adresu	<input type="text"/>	
na účet číslo	kód banky	variabilný symbol
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

**U výplat poistného plnenia od 331,97 EUR/10 001 Sk do 9 958,14 EUR/299 999 Sk na účet je nutné úradne overenie podpisu poistenej osoby, v prípade nezletilosti jej zákonného zástupcu, oprávnenej osoby, respektívne jej zákonného zástupcu.**

**U výplat poistného plnenia z jednej zmluvy v celkovej výške 9958,18 EUR/300 000 Sk je úradné overenie podpisu osôb uplatňujúcich nárok na plnenie povinné.**

**U maklérskeho distribučného kanálu je úradné overenie podpisu poisteného/oprávneného povinné.**

Na prepočet bol použitý konverzný kurz: 1 EUR = 30,1260 Sk.

Týmto vyhlasujem, ako osoba uplatňujúca nárok na poistné plnenie, že som všetky otázky zodpovedal/a pravdivo a úplne, a som si vedomý/á dôsledkov neúplných a nepravdivých odpovedí na rozsah povinností poisťovateľa plniť. Súhlasím, aby si poisťovateľ v prípade potreby vyžiadal ďalšie potrebné podklady k došetreniu poistnej udalosti vrátane preskúmania následkov, resp. trvalých následkov úrazu, smrti, invalidného dôchodku, oslobodenia od platenia poistného, hospitalizácie alebo pracovnej neschopnosti v dôsledku úrazu.

### Splnomocnenie poisteného:

Ja, ako poistený, splnomocňujem všetkých lekárov, zdravotnícke zariadenia a zdravotné poisťovne, u ktorých som evidovaný/á, alebo u ktorých som bol/ a alebo budem liečený/á, k poskytnutiu informácií o mojom zdravotnom stave alebo informácií súvisiacich s liečením v prípade, že o ne poisťovateľ požiada. Splnomocňujem orgány sociálneho zabezpečenia, bezpečnosti práce a polície k poskytnutiu údajov, týkajúcich sa mojej osoby v prípade, že poisťovateľ o ne zažiada v súvislosti s mojím poistením.

### Splnomocnenie zákonného zástupcu/ zástupcu na základe plnej moci:

Ja, ako zákonný zástupca/ zástupca na základe plnej moci/osoba blízka/osoba žijúca v spoločnej domácnosti, splnomocňujem všetkých lekárov, zdravotnícke zariadenia a zdravotné poisťovne, u ktorých bol/ a poistený/á evidovaný/á, alebo u ktorých bol/ a, prípadne bude liečený/á, k poskytnutiu informácií o jeho zdravotnom stave alebo informácií súvisiacich s liečením v prípade, že poisťovateľ o ne požiada. Splnomocňujem orgány sociálneho zabezpečenia, bezpečnosti práce a políciu k poskytnutiu údajov, týkajúcich sa poisteného v prípade, že poisťovateľ o ne zažiada v súvislosti s jeho poistením.

V ..... dňa .....

## OSOBA UPLATŇUJÚCA NÁROK NA POISTNÉ PLNENIE

Typ dokladu	Číslo	Vydané v	Platnosť do
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Podoba súhlasí s fotografiou v OP/pasu

.....  
Podpis osoby uplatňujúcej nárok na poistné plnenie, resp. jeho zákonného zástupcu

Meno zákonného zástupcu
<input type="text"/>

## FINANČNÝ SPROSTREDKOVATEĽ

Meno a priezvisko osoby poverenej zjednávaním poistenia
<input type="text"/>

Identifikačné číslo zástupcu poisťovateľa	Telefón
<input type="text"/>	<input type="text"/>

.....  
Podpis finančného sprostredkovateľa

**Pokiaľ podpis neoveruje finančný sprostredkovateľ, je nutné nechať podpis osoby uplatňujúcej nárok na poistné plnenie, resp. jeho zákonného zástupcu úradne overiť.**

Pozn: V prípade potreby uveďte pri jednotlivých bodoch podrobnejšie údaje na osobitný list.

**Vyplnené oznámenie i s prílohami pošlite na adresu poisťovne, odd. likvidácii poistných udalostí, Trnavská cesta 50/B, 821 02 Bratislava**