

VYHLÁSENIE LEKÁRA ÚRAZOVÉ POISTENIE

4Life Direct Insurance Services s. r. o.
Dunajská 8
811 08 Bratislava 1

Číslo udalosti (vyplní 4Life Direct)

VŠEOBECNÉ INFORMÁCIE

- Vyplňte, prosím, tlačivo PALIČKOVÝM PÍSMOM.
- Odpovedzte, prosím na všetky otázky.
- V prípade chýbajúceho miesta na tomto tlačive, prosíme o rozšírenie odpovede s pečiatkou a podpisom lekára na opačnej strane alebo na samostatnej strane.

1. OSOBNÉ ÚDAJE POISTENEJ OSOBY (PACIENTA)

Číslo poistnej zmluvy: _____

Meno a priezvisko: _____

Dátum narodenia: ____ - ____ - ____ Rodné číslo: _____ Pracovná pozícia: _____

2. INFORMÁCIE O NEHODE/HOSPITALIZÁCIÍ POISTENEJ OSOBY (PACIENTA)

Dátum nehody: ____ - ____ - ____

Dátum prvého ošetrovania úrazu: ____ - ____ - ____

Miesto prvého ošetrovania úrazu: _____

Dátum hospitalizácie od: ____ - ____ - ____ do ____ - ____ - ____

Názov a adresa nemocnice: _____

Poradové číslo hospitalizácie v súvislosti s nehodou: _____

Nastala nehoda následkom požitia alkoholu alebo iných návykových látok? áno nie

O aký druh návykovej látky išlo? _____

Bolo zistené _____ % alkoholu.

Bolo príčinou nehody sebapoškodenie? áno nie

Nastala nehoda v dôsledku pracovného úrazu? áno nie

Nastala nehoda u poistenej osoby (pacienta) v dôsledku zdravotného stavu (diagnostikované ochorenia/akútne ochorenia)? áno nie

Ak áno popíšte: _____

Aké poranenia spôsobila nehoda u poistenej osoby (pacienta)?

Zlomeniny Popáleniny Jazvy (tvárová časť) Trvalá invalidita (70 % a viac)

ZLOMENÉ KOSTI

Názov a kód ochorenia podľa MKCH: _____

Aké zlomeniny zanechala nehoda u poistenej osoby (uvedte aj miesto): _____

Má poistená osoba (pacient) diagnostikované ochorenie kostí? áno nie

osteoartróza koxartróza gonartróza spondylartróza iné _____

Ak áno popíšte, či diagnostikované ochorenie malo vplyv na vzniknutú zlomeninu: _____

POPÁLENINY

Názov a kód ochorenia podľa MKCH: _____

Aké % povrchu tela pokrývajú popáleniny u poistenej osoby (pacienta)? _____ %

Bol stanovený _____ stupeň popálenín.

Uveďte miesta popálenín: _____

JAZVY (tvárová časť)

Názov a kód ochorenia podľa MKCH: _____

Zanechal úraz u poistenej osoby (pacienta) trvalú jazvu? áno nie

Uveďte miesto a dĺžku jazvy: _____

3. INFORMÁCIE O LIEČBE POISTENEJ OSOBY (PACIENTA)

Popíšte podrobne spôsob a druh ošetrovania: _____

Bola poistená osoba (pacient) pre rovnaké ochorenie v minulosti už liečená alebo bola poranená končatina, časť tela, resp. orgán funkčne alebo inak postihnutý už pred touto nehodou? Ako? V akom rozsahu? _____

Predpokladáte, že nehoda zanechá trvalé následky? áno nie

Ak áno popíšte pravdepodobný druh a rozsah: _____

Vyhlasujem, že odpovede na vyššie uvedené otázky boli poskytnuté v dobrej viere, pravdivo a na základe mojich vedomostí.

_____ _____ _____
Miesto Dátum Podpis a pečiatka lekára