



## OZNÁMENIE ŠKODOVEJ UDALOSTI - TRVALÉ NÁSLEDKY ÚRAZU

### A. POKYNY PRE POISTENÉHO

- Nárok na poistné plnenie za trvalé následky úrazu vzniká:
  - v prípade ukončenia liečenia, ak je zdravotný stav ustálený
  - v prípade, ak zdravotný stav nie je ustálený, po 3 rokoch odo dňa úrazu.
- Nárok na poistné plnenie za trvalé následky úrazu si môžete uplatniť najneskôr do 4 rokov odo dňa úrazu.
- „Lekársku správu“ (viď druhá strana) spolu s tlačivom „Lekársky posudok o bolestnom a o sťažení spoločenského uplatnenia“ predložte na vyplnenie svojmu ošetrovúcemu lekárovi, ktorý má k dispozícii zdravotnú dokumentáciu, týkajúcu sa Vášho úrazu.
- Vyplnené tlačivo spolu s fotokópiou zdravotnej dokumentácie, vrátane popisov RTG snímok, týkajúcich sa Vášho úrazu, zašlite na adresu spoločnosti AIG.
- Na prípadnú lekársku prehliadku Vás vyzve pracovník poisťovne, resp. odborný lekár. Postupujte podľa pokynov uvedených v predvolaní na prehliadku. Účelne vynaložené náklady spojené s lekárskou prehliadkou znáša poisťovňa (podľa predložených dokladov).
- Odškodnenie trvalých následkov bude vyplatené po ukončení likvidačného šetrenia poisťovňou.

### B. OSOBNÉ ÚDAJE

Poistná zmluva číslo (uvedte všetky zmluvy s AIG):	
Meno a priezvisko poisteného:	Rodné číslo:
Kontaktná adresa:	Telefón/ fax:
Zamestnanie v čase úrazu/ choroby:	Popis pracovnej činnosti:

### C. ÚDAJE O ÚRAZE

Dátum a čas úrazu:	Miesto vzniku úrazu:
Okolnosti vzniku úrazu (uvedte podrobne ako a pri akej činnosti k úrazu došlo):	
Boli okolnosti úrazu vyšetované? <input type="checkbox"/> áno <input type="checkbox"/> nie	Kým?
Mená a adresy svedkov:	
Nastal úraz pri športovej činnosti? <input type="checkbox"/> áno <input type="checkbox"/> nie	Druh športu: <input type="checkbox"/> Rekreačný šport <input type="checkbox"/> Profesionálny šport
Názov športovej organizácie:	Registrácia od: do: Účasť na súťažiach:
Ktorá časť tela bola poškodená?	
U párových orgánov: <input type="checkbox"/> ľavá <input type="checkbox"/> pravá	
Bola postihnutá už pred úrazom? <input type="checkbox"/> áno <input type="checkbox"/> nie	Ako?

### D. ÚDAJE O ZDRAVOTNOM STAVE

Bol vám priznaný invalidný dôchodok? <input type="checkbox"/> áno <input type="checkbox"/> nie	Kedy?	Z akého dôvodu?
Ak poberáte invalidný dôchodok priložte prosím k tomuto oznámeniu čitateľnú kópiu rozhodnutia o priznaní invalidného dôchodku z Ústredia sociálnej poisťovne ( vrátane percentuálneho určenia poklesu schopnosti vykonávať zárobkovú činnosť).		

### E. ÚDAJE O OPRÁVNENEJ OSOBE (vyplňte v prípade smrti poisteného)

Meno a priezvisko:	Vzťah k poistenému:	Rodné číslo:
Kontaktná adresa:	Telefón:	

### F. VÝPLATA POISTNÉHO PLNENIA

<input type="checkbox"/> Poukážte na účet č.:		Kód banky:	
IBAN:		BIC/SWIFT:	
Názov a adresa banky:			
<input type="checkbox"/> Zašlite na adresu :			

AIG Europe Limited, s registrovaným sídlom The AIG Building, 58 Fenchurch Street, London EC3M 4AB, United Kingdom, spoločnosť je registrovaná v Anglicku a Walese, číslo spoločnosti: 01486260 a koná na Slovensku prostredníctvom svojej organizačnej zložky AIG Europe Limited, pobočka poisťovne z iného členského štátu; sídlo pobočky je AC Diplomat, Palisády 29, 811 06 Bratislava, Slovenská republika, IČO: 47 241 128; pobočka je zapísaná v Obchodnom registri Okresného súdu Bratislava I, oddiel Po, vložka číslo 2126/B. AIG Europe Limited má oprávnenie na výkon svojej činnosti od Prudential Regulation Authority so sídlom 20 Moorgate, Londýn EC2R 6DA, Spojené kráľovstvo.

Poskytnutím Vašich Osobných informácií spoločnosti AIG v súvislosti s Vaším nárokom a Vaším podpisom súhlasíte so zhromažďovaním a spracovaním (ako aj použitím a sprístupnením) Vašich Osobných informácií tak ako je popísané v týchto Pravidlách ochrany súkromia - k dispozícii na [www.aigpoistenie.sk/sk-vseobecne-pravidla-ochrany-sukromia](http://www.aigpoistenie.sk/sk-vseobecne-pravidla-ochrany-sukromia) alebo na požiadanie. Konkrétne súhlasíte s medzinárodným prenosom Vašich Osobných informácií. Súhlasíte s tým, že neposkytnete Osobné informácie o žiadnej inej osobe bez jej povolenia.

Prehlasujem, že som všetky otázky zodpovedal(a) pravdivo a úplne a že som si vedomý(á) dôsledkov nesprávnych odpovedí na povinnosť poisťovne plniť. Súhlasím, aby si AIG Europe Limited, pobočka poisťovne z iného členského štátu vyžiadala všetku potrebnú zdravotnú dokumentáciu o mojom lečení a zdravotnom stave podľa potreby likvidácie poistnej udalosti.

V	dňa:	Podpis:
---	------	---------

## LEKÁRSKA SPRÁVA

Aké trvalé následky úraz zo dňa ..... zanechal?  
(popis objektívnych príznakov, najmä poruchy funkcií tých častí ľudského organizmu, ktoré boli úrazom postihnuté, pri jazvách uveďte presne ich veľkosť (dĺžka, plocha), tvar (vypuklosť) a lokalizáciu.)

Nastali zistené zmeny zdravotného stavu výlučne úrazom?  áno  nie

Majú vplyv na rozsah trvalých následkov úrazu choroby s úrazom nesúvisiace?  
Ak áno, tak aké? (napríklad diabetes mellitus, chronické ochorenie pečene a pod.)  áno  nie

Je liečenie úrazu skončené a súčasný stav ustálený?  áno  nie  
Ak nie, uveďte prognózu:

Bola poranená končatina alebo orgán funkčne alebo inak postihnutá (-ý) už pred týmto úrazom?

Kedy?:

Ako?:

V akom rozsahu?:

Lekársky posudok o bolestnom a sťažení spoločenského uplatnenia spracovaný a vydaný podľa zákona č. 437/2004 Z. z. o náhrade za bolesť a o náhrade za sťaženie spoločenského uplatnenia a o zmene a doplnení zákona Národnej rady Slovenskej republiky č. 273/1994 Z. z. o zdravotnom poistení, financovaní zdravotného poistenia, o zriadení Všeobecnej zdravotnej poisťovne a o zriaďovaní rezortných, odvetvových, podnikových a občianskych zdravotných poisťovní v znení neskorších predpisov (ďalej len „zákon“).

Začiatok liečenia - ústavná starostlivosť:		Ukončenie liečenia - ústavná starostlivosť:			
Začiatok liečenia - pracovná neschopnosť:		Ukončenie liečenia - pracovná neschopnosť:			
		Hodnotenie v bodoch (§ 9 zákona)			
Hodnotenie bolestného	Položka z prílohy č. 1 (časť I a III)	Diagnóza	Počet bodov	Zvýšenie (§ 9 ods. 5 a 6 zákona)	Spolu
		Hodnotenie v bodoch (§ 10 zákona)			
Hodnotenie sťaženia spoločenského uplatnenia	Položka z prílohy č. 1 (časť II a IV)	Diagnóza	Počet bodov	Zvýšenie (§ 10 ods.4 zákona)	Spolu

Celkový počet bodov:

Iné oznamy lekára:

V prípade požiadavky revízieho lekára poisťovne, vyslovuje odborný lekár súhlas k účinnej spolupráci. V nutných prípadoch prosíme o spoluprácu pri zapožičaní RTG snímkov pre potreby posúdenia trvalých následkov odborným lekárom poisťovne.

Potvrdzujem, že údaje v LEKÁRSKEJ SPRÁVE súvisia s osobou uvedenou na opačnej strane formulára OZNÁMENIE ŠKODY a som si vedomý(á) dôsledku nepravdivých odpovedí.

V \_\_\_\_\_ dňa \_\_\_\_\_

Adresa zdravotníckeho zariadenia, meno lekára, IČO, telefón:

pečiatka a podpis lekára

Vyplnený formulár oznámenia škody a potrebné dokumenty (kópiu lekárskej správy/ prepúšťacej správy z nemocnice/ lekárskeho posudku, kópiu dokladu o PN) prosíme zaslať na adresu: [AIQ Europe Limited, pobočka poisťovne z iného členského štátu, oddelenie likvidácie škôd, AC DIPLOMAT, Palisády 29, 811 06 Bratislava, Slovenská republika](mailto:skody.sk@aiq.com).  
V prípade akýchkoľvek otázok nás kontaktujte priamo na tel. č.: + 421 2 5910 2111, fax: + 421 2 5910 2180 alebo emailom na [skody.sk@aiq.com](mailto:skody.sk@aiq.com).  
Ak nebudú informácie predložené poisťovateľovi dostatočné, môže si poisťovateľ vyžiadať ďalšie informácie a podklady.

AIG Europe Limited, pobočka poisťovne z iného členského štátu uhradí poplatky za vypracovanie tejto lekárskej správy po zaslaní príslušnej faktúry.