

Vyplňte čísla všech pojistek úrazového pojištění

Pojistník

Příjmení		Jméno	
Titul	Rodné číslo	Telefon (8 - 17 hodin)	
Ulice			
Č.p.	PSČ	Obec	

Pojištěný

(osoba, která utrpěla úraz)

Příjmení		Jméno	
Titul	Rodné číslo	Telefon (8 - 17 hodin)	
Ulice			
Č.p.	PSČ	Obec	
Povolání		<input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne	Vedlejší činnost za úhradu

Všeobecné údaje

Prosím vyplňte oznámení ve všech kolonkách, podepište a zašlete pojistiteli.
Po ukončení léčení nechte vyplnit zprávu ošetřujícího lékaře, přiložte požadované podklady a zašlete pojistiteli.

Datum úrazu

dne v hod. v místě

Popis činnosti a okolností za kterých došlo k úrazu

Která část těla byla poraněna?

Byla tato část poraněna již dříve?

ano ne

Jedná se o pracovní úraz?

ano ne

Adresa zaměstnavatele

Došlo k úrazu při sportu?

ano ne druh sportu

Uvedte na jaké úrovni (v jaké soutěži) tento sport provozujete?

Název organizace, kde jste registrován:

Jaký sport ještě provozujete?

na jaké úrovni

Adresa zdravotnického zařízení, které poskytl první ošetření

datum ošetření čas ošetření

Jméno a adresa prakt. lékaře, kde máte kompletní zdravotní dokumentaci

Název zdravotní pojišťovny

Jste pojištěn u jiné pojišťovny pro případ úrazu?

ano ne název, adresa

Konsumoval jste v posledních 12 hodinách před úrazem alkohol?

ano ne jaký, v jakém množství

Pojistné plnění poukážte na nebo na adresu

kód banky č. účtu spec. symbol

Prohlášení:

Prohlašuji, že jsem veškeré údaje na tomto Oznámení o škodě uvedl(a) pravdivě a úplně, že jsem k výše uvedené pojistné události vyplnil(a) pro pojistitele pouze toto Oznámení o škodě a že jsem si vědom(a) důsledků nesprávných či neúplných odpovědí na povinnost pojistitele plnit. Dále tímto zmocňuji pojistitele k získání informací uvedených ve zdravotnické dokumentaci vedené o mé osobě, které jsou potřebné k posouzení mých nároků na pojistné plnění z úrazového pojištění. Rovněž souhlasím, aby si pojistitel vyžádal veškerou potřebnou zdravotní dokumentaci o mém léčení a zdravotním stavu pro potřeby šetření pojistné události, příp. podklady od policie, správních orgánů či jiných pojišťoven. Tímto zprůšťuji od povinnosti zachovávat mlčenlivost lékaře, zdravotnická zařízení a zařízení poskytující zdravotní péči, které pojistitel požádá o uvedenou informaci. Prohlašuji, že souhlasím, aby pojistitel zpracovával a uchovával mé osobní a citlivé údaje ve smyslu zákona č. 101/2000 Sb., o ochraně osobních údajů, v platném znění.

Číslo pojistné smlouvy

Číslo škody

Tuto zprávu nechte vyplnit ošetřujícím lékařem v době ukončení léčení, přiložte zprávy o průběhu léčení od odborných lékařů, příp. kopii hospitalizační zprávy

Zpráva ošetřujícího lékaře

Jméno, příjmení pacienta, rok narození			
První lékařské ošetření	datum	hodina	
Kdo ho poskytl?	název zařízení, jméno lékaře		
Popis poranění			
Diagnóza			
Způsob ošetření a léčení			
Fixace	druh	od-do	ex dne
RTG - dne	popis		
Rehabilitace	od-do	kde	způsob rehabilitace jak často?
	datum ustálení zdravotního stavu		
Došlo ke komplikacím nebo jiným onemocněním, která ovlivnila délku léčby?	<input type="checkbox"/> ano	jakým	
	<input type="checkbox"/> ne		
Pracovní neschopnost	<input type="checkbox"/> ano	od-do	práce schopen od
	<input type="checkbox"/> ne	nezbytná délka léčení od-do	
Hospitalizace	<input type="checkbox"/> ano	od-do	kde
	<input type="checkbox"/> ne		
Předpokládáte, že úraz zanechá trvalé následky?	<input type="checkbox"/> ano	jaké	
	<input type="checkbox"/> ne		
Byla poraněná část těla již před úrazem postižena?	<input type="checkbox"/> ano	jakým způsobem, v jakém rozsahu	
	<input type="checkbox"/> ne		
Existují nebo existovala onemocnění, která mohla nebo ovlivnila délku léčení? (epilepsie, cukrovka ap.)	<input type="checkbox"/> ano	jaká	
	<input type="checkbox"/> ne		
Došlo k úrazu pod vlivem alkoholu nebo jiných návykových látek?	<input type="checkbox"/> ano	% alkoholu	druh návykové látky
	<input type="checkbox"/> ne	příznaky	
V případě úmrtí uveďte důvod a diagnózu	(přiložte úmrtní list)		
Ostatní sdělení lékaře k okolnostem úrazu, léčení nebo následkům úrazu			

Za vystavení lékařské zprávy uhradí pojistitel max. 100 Kč. Poplatek uhrazen pojištěným/doklad přiložen ano ne

Pokud ne, úhradu proveďte na účet č.: kód banky

ve prospěch - jméno lékaře / nemocnice