

Oznámení škodné události

Číslo
škodné
události

Pro interní
potřeby
pojistitele

Úraz osob ve vozidle

Doručeno:

Pokyny pro pojištěného:

Vyplňte prosím přední stranu tohoto formuláře; zadní stranu vyplní odborný lékař (ortoped, chirurg, atd.), který Vás léčil. Pokud úraz léčil praktický lékař, vyplní zadní stranu formuláře tento praktický lékař. Na nákladech za vyplnění lékařské zprávy se Allianz pojišťovna, a. s. bude částečně podílet. Vyplněný formulář s případnými přílohami zašlete na shora uvedenou adresu – úsek likvidace pojištěných událostí vozidel, majetku a odpovědnosti. Příložením fotokopii zdravotní dokumentace týkající se léčení úrazu výrazně zkrátíte likvidační šetření.

| | | | |
|--|----------------------|------------------------|--|
| Uveďte čísla všech pojistných smluv, ze kterých za oznamovaný úraz uplatňujete nárok na pojistné plnění: | | | |
| 1. | <input type="text"/> | 2. | <input type="text"/> |
| Iméno a příjmení pojištěného: | | Rodné číslo: | <input type="text"/> |
| Pracovní zařazení v době úrazu: | | | |
| Došlo k úrazu při výkonu povolání?* | ANO | NE | Pokud ano, přiložte fotokopii záznamu o pracovním úrazu. |
| Název a adresa zaměstnavatele (vlastní fy): | | Telefon do zaměstnání: | |
| Adresa trvalého bydliště (včetně PSČ): | | Telefon domů / mobil: | |
| E-mail: | | | |

| | | |
|--|--------|-------|
| K úrazu došlo dne | hodina | místo |
| Popište, prosím, souvisle a podrobně jak k úrazu došlo: | | |
| Jste:* <input type="checkbox"/> pravák <input type="checkbox"/> levák <input type="checkbox"/> | | |
| Která část těla byla poraněna? | | |
| Byla tato část těla postižena či léčena již před úrazem? Jak? | | |

| | | | |
|--|------|----|-----------------------|
| Adresa zdravotnického zařízení, které poskytlo první ošetření: | Kdy? | | |
| Kde jste se léčil následně? (Iména lékařů, adresy, telefony): | | | |
| Vyšetřovala případ policie? Pokud ano, uveďte přesnou adresu útvaru, který věc šetřil, pod jakým číslem jednacím, případně telefon a jméno policisty, který věc vyřizoval: | | | |
| Iména a adresy svědků úrazu: | | | |
| Jste úrazově pojištěn/a i u jiných komerčních pojišťoven?* | ANO | NE | Pokud ano, u kterých? |

| | | |
|---|---------------------------------------|----------------------------|
| Informace k vozidlu při jehož provozu se úraz stal: | | |
| Značka: | Druh: | SPZ: |
| VIN (číslo podvozku karoserie): | Číslo osvědčení o technickém průkazu: | |
| Datum provedení poslední technické prohlídky vozidla: | | |
| Informace k osobám – uveďte jméno, příjmení a adresu následujících osob: | | |
| Řidiče vozidla: | | |
| Pojistníka: | | |
| Spolujezdce(ců) ve vozidle: | | |
| Potvrzení vlastníka vozidla případně nájemce, je-li vlastníkem vozidla leasingová společnost: | | |
| Potvrzuji, že shora uvedené informace uváděné osobou uplatňující nárok na pojistné plnění jsou v souladu se skutečností a že vozidlo bylo v době úrazu užíváno oprávněně: | | |
| V | dne | Podpis vlastníka (nájemce) |

Prohlašuji, že všechny údaje uvedené v tomto oznámení nebo v informacích lékařům o mém úrazu jsem uvedl/a úplně a pravdivě a že jsem si vědom/a důsledků nepravdivých nebo neúplných údajů. Souhlasím s tím, aby pojišťovna zjišťovala a přezkoumávala můj fyzický i psychický zdravotní stav u všech lékařů a zdravotnických zařízení, u kterých jsem se léčil/a, léčím nebo se budu léčit. Tento souhlas uděluji za účelem vyřizování škodných událostí s tím, že zmocňuji lékaře a zdravotnická zařízení k vyhotovení lékařských zpráv, provedení výpisu ze zdravotnické dokumentace nebo k jejímu zapůjčení pojišťovně, a proto zprůstupuji povinnost mlčenlivosti dotazované lékařské a pracovníky zdravotnických zařízení. Souhlasím též s tím, aby si pojišťovna vyžádala kopii dokladu o pracovní neschopnosti a jiné informace nezbytné ke stanovení rozsahu pojistného plnění (od zaměstnavatele, správy sociálního zabezpečení, Policie ČR, obecní policie, soudu, obecního a městského úřadu apod.). Beru na vědomí, že pojišťovna je z hlediska zákona č. 101/2000 Sb. o ochraně osobních údajů, v platném znění, správcem a zpracovatelem osobních údajů, včetně osobních údajů o mém zdravotním stavu. Souhlasím s tím, aby pojišťovna tyto údaje o zdravotním stavu zpracovávala po celou dobu trvání nároků z tohoto pojištění.

Plnění poukažte na účet: _____
V _____ dne _____
podpis pojištěného, zákonného zástupce (oprávněné osoby)

Lékařská zpráva ošetřujícího lékaře

Ošetřující lékař potvrzuje, že ošetřoval pojištěného, který je uveden na první straně tohoto oznámení a zjistil tělesná poškození a zdravotní újmy tohoto druhu a rozsahu:

| | | | |
|--|-----|---|-------|
| Kdy došlo (podle zdravotní dokumentace) k prvnímu lékařskému ošetření? | Dne | v | hodin |
| Co uvedl poraněný při prvním ošetření jako příčinu úrazu? | | | |
| | | | |

| | | | | |
|---|-------------|---|----|--|
| Došlo k úrazu následkem požití alkoholu nebo návykových látek?* | ANO | | NE | |
| V krvi bylo zjištěno | % alkoholu. | V případě návykové látky – o jaký druh pravděpodobně šlo? | | |
| Příznaky požití alkoholu nebo návykových látek a do jaké míry požitý alkohol / návyková látka ovlivnila chování poraněného: | | | | |
| | | | | |
| Bylo příčinou úrazu úmyslné sebepoškození nebo pokus o sebevraždu?* | ANO | | NE | |

| | | | | |
|--|-----|--|----|--|
| Diagnóza vlastního zranění a přesný popis tělesného poškození způsobeného úrazem s určením jeho rozsahu: | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| Odpovídá ošetřované tělesné poškození a jeho rozsah úrazovému ději, jak je uveden na 1. str. tohoto oznámení?* | ANO | | NE | |

| | | | | |
|---|------|----|--|--|
| RTG proveden kdy: | kde: | | | |
| Popis RTG: | | | | |
| | | | | |
| V případě fixace – druh: | od | do | | |
| Rehabilitace – způsob RHB léčby a počet absolvovaných procedur: | | | | |
| | | | | |
| Délka RHB léčby: | od | do | | |

| | | | | |
|--|---------|---------|----|--|
| Kde byl zraněný hospitalizován? | Od kdy? | Do kdy? | | |
| Přiložte, prosím, fotokopii propouštěcí zprávy. | | | | |
| | | | | |
| Předpokládáte, že úraz zanechá trvalé následky?* | ANO | | NE | |
| Jakého druhu a rozsahu: | | | | |
| | | | | |

| | | | | |
|---|----|----|--|--|
| Byla poraněná část těla již před úrazem postižena? Kdy a v jakém rozsahu: | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| Došlo-li k prodloužení doby pracovní neschopnosti v důsledku dalších komplikací souvisejících s úrazem, uveďte prosím o jaké komplikace šlo a jejich léčbu (od – do): | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| Skutečná doba pracovní neschopnosti v důsledku úrazu (včetně této komplikace): | od | do | | |

Potvrzení o nezbytné délce léčení u pojištěných, kterým se nemocenské dávky nevyplácejí (OSVČ nemocensky nepojištěné, studenti, děti, atd.) nebo se u nich podle pojistných podmínek doklad o pracovní neschopnosti nevyžaduje:

| | | | | |
|-------------------------|----|----|--|--|
| Doba nezbytného léčení: | od | do | | |
|-------------------------|----|----|--|--|

| | |
|-------------------|---|
| V _____ dne _____ | razítko a podpis ošetřujícího lékaře adresa zdrav. zařízení, telefon |
|-------------------|---|

* Pozn.: platnou variantu označte křížkem X v rámečku umístěném vpravo od správné varianty