

Oznámení škodné události

Otisk razítka, datum a podpis příjemce oznámení

z úrazového pojištění

INFORMACE O POJIŠTĚNÉM		ČÍSLO POJISTNÉ SMLOUVY:										
Datum platnosti pojištění od:		do:										
Příjmení:		Jméno:										
Titul:	Datum narození:		Rodné číslo:								/	
Adresa trvalého bydliště v ČR (pokud na této adrese nebydlíte, uveďte prosíme korespondenční adresu):												
PSČ:												
Telefon:						E-mail:						
Název a kód zdravotní pojišťovny v ČR:												

INFORMACE O ŽADATELI			(vyplňte v případě, že pojištěný není shodný s žadatelem)		
Příjmení:		Jméno:		Titul:	
Rodné číslo:		/		Vztah k pojištěnému:	
Adresa trvalého bydliště v ČR (pokud na této adrese nebydlíte, uveďte prosíme korespondenční adresu):					
PSČ:					
Telefon:			E-mail:		

ÚDAJE O ŠKODNÉ UDÁLOSTI			(nestačí-li místo pro požadované údaje, uveďte je ve zvláštní příloze)		
Datum škodné události:		Místo:		Stát:	
Uveďte činnost a okolnosti, za kterých k úrazu došlo:					
Vznikla škoda při provozování sportu?					
Pokud ano uveďte, o jaký sport se jednalo:				<input type="checkbox"/> Ano	<input type="checkbox"/> Ne
Došlo ke škodné události pod vlivem alkoholu nebo jiných návykových látek?					
				<input type="checkbox"/> Ano	<input type="checkbox"/> Ne
Byla škodná událost šetřena policií? Pokud ano, přiložte policejní zprávu.					
				<input type="checkbox"/> Ano	<input type="checkbox"/> Ne
Vznikla škoda cizím zaviněním?					
Pokud ano, uveďte podrobnější informace.				<input type="checkbox"/> Ano	<input type="checkbox"/> Ne
Vznikla škoda při dopravní nehodě?					
Pokud ano, uveďte číslo jednací:				<input type="checkbox"/> Ano	<input type="checkbox"/> Ne

Vyplňte pouze v případě, že úrazové pojištění bylo sjednáno v rámci cestovního pojištění.

Jste současně pojištěn na stejné riziko jinou pojistnou smlouvou (např. z platební karty)?		<input type="checkbox"/> Ano	<input type="checkbox"/> Ne
Pokud ano, uveďte jaké:			
Oznámil jste škodnou událost asistenční službě?		<input type="checkbox"/> Ano	<input type="checkbox"/> Ne

ÚRAZOVÉ POJIŠTĚNÍ

Název a adresa zdravotnického zařízení ve kterém Vám bylo poskytnuto první ošetření, případně další léčba:	od:	do:
--	-----	-----

Uveďte, prosíme, informace o všech zdravotnických zařízeních v zahraničí a v České republice, kde jste byl/a (nebo stále jste) v souvislosti s úrazem ošetřen/a, léčen/a nebo hospitalizován/a.

Název a adresa zdravotnického zařízení:	od:	do:
Jméno lékaře:	Odbornost:	

Název a adresa zdravotnického zařízení:	od:	do:
Jméno lékaře:	Odbornost:	

Kdo a kde zjistil trvalé následky

Název a adresa zdravotnického zařízení:	datum:
Jméno lékaře:	Odbornost:

Jaké zranění jste následkem úrazu utrpěl(a)?		
Která část těla byla poraněna?		
Jak se trvalé následky úrazu projevují?		
Měl(a) jste viditelné známky zranění (rány, pohmožděniny apod.)?	<input type="checkbox"/> Ano	<input type="checkbox"/> Ne
Pokud ano, popište.		
U končetin a párových orgánů označte stranu:	<input type="checkbox"/> Pravá	<input type="checkbox"/> Levá
Dominantní horní končetina je:	<input type="checkbox"/> Pravá	<input type="checkbox"/> Levá
Byla tato část těla postižena již před úrazem?	<input type="checkbox"/> Ano	<input type="checkbox"/> Ne
Utrpěl(a) jste v minulosti podobný úraz?	<input type="checkbox"/> Ano	<input type="checkbox"/> Ne
Pokud ano, popište.		
Poruchy zdraví před úrazem a jejich souvislost s úrazovým poškozením:		

V případě úrazu s následkem smrti, prosíme, přiložte ověřenou kopii úmrtního listu a kopii lékařské zprávy o příčině smrti.

DOPLŇUJÍCÍ POZNÁMKY

--

ÚDAJE PRO ZASLÁNÍ POJISTNÉHO PLNĚNÍ

Pojistné plnění poukažte:

Poštovní poukázkou na adresu:	PSČ:	
Na korunový bankovní účet pojištěného u:		
Číslo účtu:	Kód banky:	Spec.symbol:

PROHLÁŠENÍ

Prohlašuji, že jsem všechny otázky zodpověděl/a pravdivě a úplně, že jsem k hlášenému úrazu vyplnil/a pouze toto oznámení škodné události a že jsem si vědom/a důsledků nesprávných, zkreslených nebo neúplných odpovědí na povinnost pojistitele plnit.

Souhlasím, aby si pojistitel vyžádal veškerou dokumentaci o zdravotním stavu a průběhu léčení pojištěného pro potřeby šetření škodné události a zprošťuji lékaře slibu mlčenlivosti. Dále zmocňuji lékaře, zdravotnická zařízení a zařízení poskytující zdravotní péči k vyhotovení lékařských zpráv, výpisu ze zdravotnické dokumentace či k jejich zapůjčení.

Rovněž souhlasím, aby si pojistitel pro potřeby šetření škodné události vyžádal potřebné podklady u policie, správních orgánů a jiných pojišťoven.

Počet listů příloh, které přikládám:

V	dne	Podpis pojištěného nebo žadatele
---	-----	----------------------------------