



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?		<input type="checkbox"/> Ano	<input type="checkbox"/> Ne
Pokud ano uveďte, o jaký sport se jednalo:			
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?		<input type="checkbox"/> Ano	<input type="checkbox"/> Ne
Pokud ano, uveďte podrobnější informace.			
Vznikla škoda při dopravní nehodě?		<input type="checkbox"/> Ano	<input type="checkbox"/> Ne
Pokud ano, uveďte číslo jednací:			

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

Jste současně pojištěni 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.)? Pokud ano, popište.	<input type="checkbox"/> Ano <input type="checkbox"/> Ne
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? Pokud ano, popište.	<input type="checkbox"/> Ano <input type="checkbox"/> Ne
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
---	-----	----------------------------------