

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 _____
E-mail _____ @ _____
Povolání (k datu úrazu) _____ ano ne OSVČ IČO _____
Student ano ne Nezaměstnaný ano ne od _____ 2 0 _____
Adresa zaměstnavatele (u studentů adresa školy) - nutno vždy vyplnit _____

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 _____ 2 0 _____ 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 datum _____

Jedná se o pracovní úraz? ano ne

Došlo k úrazu při sportu? ano ne druh sportu _____

Uved'te na jaké úrovni (v jaké soutěži) tento sport provozujete? _____

Název organizace, kde jste registrován: _____ od kdy _____

Jaký sport ještě provozujete? _____ na jaké úrovni? _____

Adresa zdravotnického zařízení, které poskytlo první ošetření datum ošetření _____ 2 0 _____ 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 _____

Konsumoval jste v posledních 12 hodinách před úrazem alkohol? ano ne jaký, v jakém množství _____

Šetřila událost policie? ano ne adresa _____

Pojistné plnění poukažte na kód banky _____ č. účtu _____ spec. symbol _____
nebo na adresu _____

Prohlášení:
Prohlašuji, že jsem na 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 je 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 zprostředkuji od povinnosti zachovávat mlčenlivost lékaře, zdravotnická zařízení a zařízení poskytující zdravotní péči, které pojistitel požádá o uvedené informace. 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.

