

# Oznámení škodní události

z úrazového pojištění

Otisk razítka, datum a podpis příjemce oznámení

## 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:              |        |
| Uveďte právní zájem žadatele na pojistném plnění:                                                     |  |                      |        |

## ÚDAJE O ŠKODNÍ UDÁLOSTI

(nestačí-li místo pro požadované údaje, uveďte je ve zvláštní příloze)

|                                                                            |        |                                                          |
|----------------------------------------------------------------------------|--------|----------------------------------------------------------|
| Datum škodní 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 škodní události pod vlivem alkoholu nebo jiných návykových látek? |        | <input type="checkbox"/> Ano <input type="checkbox"/> Ne |
| Byla škodní 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:                                           |        |                                                          |

|                                                                        |                                                          |
|------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------|
| Máte sjednáno další platné úrazové pojištění (např. z platební karty)? | <input type="checkbox"/> Ano <input type="checkbox"/> Ne |
| Pokud ano, uveďte jaké:                                                |                                                          |
| U které komerční pojišťovny:                                           |                                                          |
| Oznámil jste škodní událost asistenční službě?                         | <input type="checkbox"/> Ano <input type="checkbox"/> Ne |
| Máte navíc sjednáno ÚRAZOVÉ POJIŠTĚNÍ PLUS?                            | <input type="checkbox"/> Ano <input type="checkbox"/> Ne |
| Máte navíc sjednáno POJIŠTĚNÍ ZIMNÍCH SPORTŮ VE SNOWPARKU?             | <input type="checkbox"/> Ano <input type="checkbox"/> Ne |

## ÚRAZOVÉ POJIŠTĚNÍ

|                                                                                                                     |     |     |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|-----|
| Název a adresa poskytovatele zdravotních služeb u kterého 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 poskytovatele zdravotních služeb: | od:        | do: |
| Jméno lékaře:                                    | Odbornost: |     |

|                                                  |            |     |
|--------------------------------------------------|------------|-----|
| Název a adresa poskytovatele zdravotních služeb: | od:        | do: |
| Jméno lékaře:                                    | Odbornost: |     |

Kdo a kde zjistil trvalé následky

|                                                  |            |
|--------------------------------------------------|------------|
| Název a adresa poskytovatele zdravotních služeb: | 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.)?<br>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?<br>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 a že jsem si vědom/a důsledků nesprávných, zkreslených nebo neúplných odpovědí pro povinnost pojistitele poskytnout pojistné plnění.

Souhlasím, aby si pojistitel vyžádal veškerou dokumentaci o zdravotním stavu a průběhu léčení pojištěného pro potřeby šetření škodní události a zprošťuji poskytovatele zdravotních služeb mlčenlivosti. Dále zmocňuji příslušné poskytovatele zdravotních služeb k vyhotovení lékařských zpráv, výpisu ze zdravotnické dokumentace či k jejich zapůjčení.

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

Počet listů příloh, které přikládám: .....

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