

Úrazové pojištění

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 _____

Uveďte 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 zprůstňuji 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.

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Číslo pojistné smlouvy

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Číslo škody

Tuto zprávu nechte vyplnit ošetřujícím lékařem v době ukončení léčení, přiložte zprávy o průběhu léčení odborných lékařů, příp. kopii hospitalizační zprávy (včetně operačního protokolu)

Zpráva ošetřujícího lékaře

Jméno, příjmení pacienta, datum narození		
První lékařské ošetření	datum	2 0
	hodina	
Kdo ho poskytl?	název zařízení, jméno lékaře	
Příčina úrazu dle pacienta		
Popis poranění		
Diagnóza		
Způsob ošetření a léčení		
Fixace	druh	od - do
		ex dne
RTG - dne (MR, CT)	popis	
Hospitalizace	ano ne	od - do
		kde
Rehabilitace	od - do	kde
		počet procedur
		způsob rehabilitace
		jak často?
Došlo ke komplikacím nebo jiným onemocněním, která ovlivnila délku léčby?	ano ne	jakým
Pracovní neschopnost	ano ne	od - do
		práce schopen od
Nezbytná délka léčení	od - do	datum ustálení zdravotního stavu
Předpokládáte, že úraz zanechá trvalé následky?	ano ne	jaké
Byla poraněná část těla již před úrazem postižena?	ano ne	jakým způsobem, v jakém rozsahu?
Existují nebo existovala onemocnění, která mohla nebo ovlivnila délku léčení? (epilepsie, cukrovka ap.)	ano ne	jaká
Došlo k úrazu pod vlivem alkoholu nebo jiných návykových látek	ano ne	% alkoholu
		druh návykové látky
		příznaky
V případě úmrtí uveďte důvod a diagnózu	přiložte úmrtní list	
Ostatní sdělení lékaře k okolnostem úrazu, léčení nebo následkům úrazu		

Za vystavení lékařské zprávy uhradí pojistitel max. 150 Kč. Poplatek uhrazen pojištěným / doklad přiložen ano ne

pokud ne, úhradu proveďte na

účet č.: kód banky

ve prospěch - jméno lékaře / nemocnice

v dne

Razítko a podpis lékaře (adresa, telefon)