

# Oznámení škodné události

Otisk razítka, datum a podpis příjemce oznámení

z úrazového pojištění

|                                                                                                       |                 |                                |              |  |  |         |  |  |  |  |   |  |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------|--------------------------------|--------------|--|--|---------|--|--|--|--|---|--|
| <b>INFORMACE O POJIŠTĚNÉM</b>                                                                         |                 | <b>ČÍSLO POJISTNÉ SMLOUVY:</b> |              |  |  |         |  |  |  |  |   |  |
| 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:                                                                |                 |                                |              |  |  |         |  |  |  |  |   |  |

|                                                                                                       |  |        |                                                           |                      |  |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--------|-----------------------------------------------------------|----------------------|--|
| <b>INFORMACE O ŽADATELI</b>                                                                           |  |        | (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:                                                   |                      |  |

|                                                                            |  |        |                                                                        |                              |                             |
|----------------------------------------------------------------------------|--|--------|------------------------------------------------------------------------|------------------------------|-----------------------------|
| <b>ÚDAJE O ŠKODNÉ UDÁLOSTI</b>                                             |  |        | (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 |
| 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 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 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 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 |
|---|-----|----------------------------------|