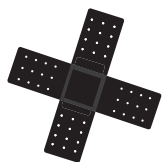


OZNÁMENÍ ÚRAZU JE JEDNODUCHÉ...

# PENÍZE ZA ÚRAZ JIŽ V DOBĚ LÉČENÍ



Úraz

Ošetření  
lékařemNemusíte čekat  
s nahlášením úrazuPeníze ihned  
po stanovení diagnózy

Již po prvním ošetření lékařem nás kontaktujte:

» elektronicky [www.ceskapojistovna.cz](http://www.ceskapojistovna.cz)» telefonicky **841 114 114**

» osobně na kterémkoli obchodním místě

**ČESKÁ POJIŠŤOVNA**

Pomáháme vám jít dál

**PRO OZNÁMENÍ ÚRAZU / ZÁVAŽNÉHO PORANĚNÍ NÁSLEDKEM ÚRAZU FORMOU TOHOTO PAPIROVÉHO FORMULÁŘE POSTUPUJTE V SOULADU S NÍŽE UVEDENÝM:**

Formulář můžete vyplnit již po prvním lékařském ošetření. K vyplněnému formuláři přiložte kopii lékařské zprávy z prvního ošetření, případně kopie dalších lékařských zpráv o průběhu léčení úrazu. Příložením kopií dalších lékařských zpráv výrazně usnadníte vyřízení pojistné události.

**Lékařská zpráva  
z prvního ošetření**razítko  
zdravotnického  
zařízení  
+  
podpis lékaře

- V případě, že máte sjednáno plnění ve variantě **DNL MAX**, přiložte navíc kopii zprávy z kontrolního vyšetření potvrzující konečnou diagnózu.
- V případě, že jste byl(a) pro léčení úrazu **hospitalizován(a)**, přiložte navíc kopii propouštěcí zprávy z hospitalizace.
- V případě, že máte sjednáno plnění za **Závažná poranění následkem úrazu**, přiložte (v souladu s ostatními odrážkami) k oznámení navíc kopie lékařských zpráv, ve kterých jsou definovány diagnózy poranění.
- V případě, že máte sjednáno úrazové pojištění **dítěte nebo je pojištěný zařazen v rizikové skupině JUNIOR („J“)** a k úrazu došlo ve věku **15–26 let**, přiložte navíc kopii potvrzení o školní docházce/studiu (platí pro pojistné smlouvy sjednané 1. 1. 2014 a později).
- V případě, že máte sjednáno plnění ve variantě **DNL 30**, uplatněte nárok na pojistné plnění nejdříve po uplynutí doby léčení v délce 30 dnů a přiložte kopie lékařských zpráv potvrzující dobu léčení (platí pro pojistné smlouvy sjednané 1. 1. 2014 a později).
- V případě cestovního pojištění přiložte navíc kopii dokladu o sjednaném pojištění.
- Nezbytné údaje týkající se předmětné pojistné události si je pojistitel oprávněn ověřit u příslušného lékaře zraněného nebo u instituce, která přiložené doklady vystavila (popřípadě vyžádat od zraněného).
- Na nákladech souvisejících s vyplněním a doložením lékařských zpráv a ostatních dokladů se Česká pojišťovna a.s. nepodílí.

Výše uvedené dokumenty prosím předejte do České pojišťovny a.s.:

- elektronicky v naskenované podobě prostřednictvím internetových stránek [www.ceskapojistovna.cz/klient](http://www.ceskapojistovna.cz/klient)
- osobně na kterémkoli obchodním místě (seznam a adresy najdete na [www.ceskapojistovna.cz](http://www.ceskapojistovna.cz))
- poštou na adresu: Česká pojišťovna a.s., P. O. Box 305, 659 05 Brno

V případě jakýchkoliv dotazů se prosím obraťte na pracovníky obchodních míst České pojišťovny a.s. nebo telefonicky na číslo klientského servisu +420 841 114 114.

**Upozornění:** V případě, že Vám vznikne nárok na pojistné plnění, můžete být následně vyzván(a) k identifikaci dle zákona č. 253/2008 Sb.



Prezentační razítko:

Upozornění: U políček označte platnou variantu křížkem.

Číslo pojistných smluv, kterými jste u České pojišťovny a.s. pojištěn(a) pro případ úrazu

Grid for policy numbers

Příjmení / Titul

Grid for name and gender (Pohlaví muž žena)

Jméno

Rodné číslo

Místo narození:

Státní občanství ČR

ANO

Jiné

Vyplňte jen v případě, nebylo-li přiděleno rodné číslo.

Datum narození

Ulice (místo)

Č.p./č.or.

Obec (pošta)

PSČ

Telefon / E-mail

Pojistné plnění poukažte na účet

předčísí účtu

číslo účtu

kód banky

Praktický lékař

Jméno, adresa, telefon

Povolání v době úrazu a bližší popis pracovní činnosti

Byl(a) jste v době úrazu registrovaným sportovcem?

ANO

NE

Uveďte druh sportu a v jaké soutěži

Datum úrazu

Která část těla byla poraněna?

Místo úrazu (obec)

Zdravotnické zařízení, kde probíhala léčba (adresa, telefon)

Uveďte činnost a okolnosti, za kterých k úrazu došlo

U končetin a párových orgánů označte stranu

PRAVÁ

LEVÁ

Jste

PRAVÁK

LEVÁK

Byly okolnosti úrazu vyšetřovány?

ANO

NE

Pokud ANO, přiložte zprávu s konečným výsledkem šetření.

Adresa útvaru Policie ČR, který případ šetří

Vyplňte jen v případě, jde-li o úraz osob dopravovaných motorovým vozidlem.

RZ (SPZ)

Pokud jste byl(a) řidičem, měl(a) jste v době úrazu platný řidičský průkaz?

ANO

NE

Skupiny řidičského oprávnění

VYPLŇTE POUZE V PŘÍPADĚ, ŽE LÉČENÍ JIŽ BYLO UKONČENO.

Celková doba léčení

od

do

Zmocňuji tímto pojistitele, aby v souvislosti s výkonem práv a s plněním povinností pojistitele vyplývajících z úrazového/životního pojištění zjišťoval či ověřoval můj zdravotní stav nebo zdravotní stav osoby, jejímž jsem zákonným zástupcem. Šetření je prováděno zejména formou dotazů u příslušných lékařů (zdravotnických zařízení), formou žádostí o poskytnutí lékařských zpráv, zapůjčení zdravotnické dokumentace, popř. pořízení výpisů nebo opisů ze zdravotnické dokumentace nebo z jiných zápisů, které se ke zdravotnímu stavu vztahují. Zmocnění pro šetření pojistné události uděluji i na dobu po mé smrti či smrti osoby, jejímž jsem zákonným zástupcem. V souvislosti s výše uvedeným zprostředkuji povinnosti mlčenlivosti lékaře, pracovníky zdravotnických zařízení a zdravotní pojišťovny, které pojistitel požádá o uvedené informace. Zavazuji se pro účely šetření pojistné události informovat pojistitele o lékařích a zdravotnických zařízeních, u nichž jsem léčen(a)/byl(a) jsem léčen(a). Pojistitel zpracovává mé osobní údaje nebo osobní údaje osoby, jejímž jsem zákonným zástupcem, v souladu se zák. č. 101/2000 Sb., o ochraně osobních údajů a o změně některých zákonů, ve znění pozdějších předpisů. Souhlasím s tím, aby mé osobní údaje, resp. osobní údaje osoby, jejímž jsem zákonným zástupcem, včetně rodného čísla, byly zpracovávány pojistitelem v rámci pojišťovací činnosti a dalších činností, ke kterým je pojistitel v souladu s právními předpisy oprávněn, a to po dobu nutnou k realizaci a ochraně práv a povinností plynoucích z našeho smluvního vztahu. Poskytnutí osobních údajů je dobrovolné, je však nezbytnou podmínkou šetření pojistné události. Oznamuji-li událost za dítě, prohlašuji, že jsem způsobilý(a) k právním jednáním v plném rozsahu a nebyl(a) jsem zbaven(a) své rodičovské odpovědnosti. Jsem seznámen(a) se skutečností, že pojistné plnění bude vyplaceno k mým rukám ve prospěch dítěte. Jsem si plně vědom(a) závažnosti tohoto prohlášení a uhradím České pojišťovně a.s. škodu, která by vznikla výplatou pojistného plnění na základě mnou uvedených nepravdivých údajů. Souhlasím s použitím uvedeného e-mailu k zasílání informací o pojištění. Souhlasím, abych byl(a) pojišťovnou kontaktován(a) elektronickou cestou, s využitím mnou uvedených kontaktních údajů (e-mail/telefon), a to včetně zasílání informací vypovídajících o mém zdravotním stavu nebo zdravotním stavu osoby, jejímž jsem zákonným zástupcem. Souhlasím, aby byly údaje o mé pojistné události, resp. pojistné události osoby, jejímž jsem zákonným zástupcem, v zájmu kompatibility péče o klienta sdíleny v rámci skupiny Generali; seznam členů skupiny Generali je uveden na internetových stránkách pojistitele. Prohlašuji, že jsem všechny údaje uvedl(a) pravdivě a úplně a že jsem si vědom(a) důsledků nesprávných odpovědí na povinnost pojistitele plnit.

V dne 20

Podpis zraněného nebo jeho zákonného zástupce (v případě zákonného zástupce uveďte jméno, příjmení, RČ)



\*TC89250000093\*

ÚDAJE O ZRANĚNÉM

ÚDAJE K POJISTNÉ UDÁLOSTI

ÚDAJE K DOBĚ LÉČENÍ ÚRAZU

PROHLÁŠENÍ