

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:															
Jste současně pojištěni 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	
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?																			<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:																						

<b>ÚRAZOVÉ POJIŠTĚNÍ</b>													
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.)? 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? 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 kopii úmrtního listu a originál lékařské zprávy s uvedenou příčinou úmrtí.

#### DOPLŇUJÍCÍ POZNÁMKY

#### ÚDAJE PRO ZASLÁNÍ POJISTNÉHO PLNĚNÍ

Pojistné plnění poukážte:

Poštovní poukázkou na adresu:		PSC:
Na korunový bankovní účet pojištěného u:		
Číslo účtu:	Kód banky:	Spec.symbol:

#### PROHLÁŠENÍ

Prohlašuji, že jsem všechny otázky zodpověděl/a pravdivě a úplně, že jsem k hlášenému úrazu vyplnil/a pouze toto oznámení škodné události a že jsem si vědom/a důsledků nesprávných, zkreslených nebo neúplných odpovědí na povinnost pojistitele plnit.

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