Oznámení o úrazu

pojistná smlouva č.: 150

GLT5020011

Generali Pojišťovna a.s.
Bělehradská 132
120 84 Praha 2
Česká republika
Klientský servis 844 188 188
(dále jen „pojistitel")

Vyplňte, prosím, první stranu formuláře, druhou stranu vyplní ošetřující lékař.

Nepřehlédněte:

- Při komunikaci s pojišťovnou (v každém sdělení nebo dotazu) je vždy nutné **uvést číslo Vaší pojistné smlouvy**. V případě nejasností či dotazů je Vám k dispozici náš klientský servis 844 188 188.
- Každý úraz nahlaste neprodleně. Po úrazu ihned vyhledejte lékařskou pomoc a v léčení pokračujte až do jeho skončení. Další práva a povinnosti spojené se vznikem škodné události jsou uvedeny ve všeobecných pojistných podmínkách platných pro Vaši smlouvu.
- Pro posouzení škodné události je nutné předložit všechny doklady, které si pojistitel vyžádá (např. v případě hospitalizace: kopie propouštěcí zprávy, v případě operace: kopie operačního protokolu, v případě pracovní neschopnosti: kopie „Potvrzení pracovní neschopnosti").

Pojistník

příjmení, jméno, titul (příp. obchodní firma, název) 10, 7, 6

rodné číslo (příp. IČ) nebo datum narození 9, 11

telefonní spojení 25

ulice, číslo popisné a orientační 20, 21, 22

PSČ 24

obec – část obce 23

Pojištěný (není-li totožný s pojistníkem)

příjmení, jméno, titul 60, 57, 56

rodné číslo nebo datum narození 59, 61

telefonní spojení 71

ulice, číslo popisné a orientační 66, 67, 68

PSČ 70

obec – část obce 69

současné, příp. i vedlejší povolání pojištěného 151

praktický lékař pojištěného (jméno, adresa, telefon) 152

Byl jste v souvislosti s úrazem uznán práce neschopným?
☐ 153 ano ☐ 154 ne

Pokud ano, odkdy: / / 155

Při jaké činnosti k úrazu došlo: ☐ 156 v zaměstnání ☐ 157 v domácnosti ☐ 158 ve volném čase ☐ 159 při dopravní nehodě ☐ 160 při jiné činnosti 161

☐ 162 při sportu, jakém: 163 ve které soutěži: 164 jste-li registrovaným sportovcem, odkdy: / / 165

datum a hodina úrazu / / 166 : 167

místo úrazu 168

Podrobný a přesný popis úrazového děje (jak k úrazu došlo, druh úrazu a poraněná část těla): 169

Kdy a kterým lékařem Vám byla poskytnuta první pomoc (jméno, adresa, telefon)? 170

Orgán Policie ČR, který provádí vyšetřování (nutno přiložit kopii policejního protokolu): 171

Ošetřující lékař v době úrazu (jméno, adresa, telefon): 172

Byl/a-li jste hospitalizován/a, uveďte údaje o nemocnici (adresa, oddělení)? 173

1. Byl/a jste již před oznamovaným úrazem stižen/a tělesnou nebo smyslovou nemocí či vadou? ☐ 174 ano ☐ 175 ne Jakou? 176
2. Pobíráte invalidní důchod? ☐ 177 nepobírám ☐ 178 ano, částečný ☐ 179 ano, plný pokud ano, od kterého data / / 180
3. Případné pojistné plnění si přejete poukázat na:
   ☐ 181 účet číslo účtu 182 – / 183 kód banky 185
   ☐ 184 na adresu

Prohlášení pojištěného/pojistníka

Jsem si vědom/a své povinnosti pravdivě a úplně odpovědět na všechny dotazy pojistitele a uvést všechny informace, i ty, které se mi jeví jako nepodstatné. Beru na vědomí, že při porušení těchto povinností má pojistitel právo od pojistné smlouvy odstoupit, snížit nebo odmítnout pojistné plnění. Zprošťuji státní zastupitelství, policii a další orgány činné v trestním řízení, hasičský záchranný sbor, lékaře, zdravotnická zařízení nebo záchrannou službu povinnosti mlčenlivosti. Současně zmocňuji pojistitele, resp. jím pověřenou osobu, aby ve všech řízeních probíhajících v souvislosti se škodnou událostí mohl nahlížet do soudních, policejních, zdravotních, případně jiných úředních spisů a zhotovovat z nich kopie či výpisy.

Zavazuji se informovat pojistitele o ošetřujících lékařích a zdravotnických zařízeních a získávat od nich pojistitelem požadované zprávy. Zároveň pojistiteli uděluji souhlas k nahlížení do zdravotnické dokumentace a dále se zavazuji mu poskytnout veškeré informace shromážděné ve zdravotnické dokumentaci vedené o mé osobě v jiných zápisech, které se vztahují k mému zdravotnímu stavu, nebo že jejich poskytnutí zajistím.

Zprošťuji mlčenlivosti a zmocňuji tímto ošetřujícího lékaře, zdravotnická zařízení, zdravotní pojišťovny a orgány správy sociálního zabezpečení k poskytnutí informací a dokladů ze zdravotnické dokumentace; dále pojistitele zmocňuji, aby si od lékařů a zdravotnických zařízení vyžadoval nutné informace o mém zdravotním stavu bez obsahového omezení. Zavazuji se zajistit na výzvu pojistitele bezodkladně veškeré informace o zdravotní péči, která mi byla poskytnuta lékaři a zdravotnickými zařízeními z veřejného zdravotního pojištění. Zároveň souhlasím s tím, aby pojistitel v případě potřeby ověřoval, zda pobírám invalidní důchod.

Zmocňuji pojistitele k nahlédnutí do podkladů jiných pojišťoven a veškerých rozhodujících podkladů v souvislosti se šetřením škodných událostí a výplatou pojistného plnění. Výše uvedené souhlasy a zmocnění se vztahují i na dobu po mé smrti.

Beru na vědomí, že pojistitel není povinen vyplatit pojistné plnění do doby, než mu budou poskytnuty doklady potřebné pro likvidaci škodné události, zejména ty, které si pojistitel vyžádá.

Souhlasím s tím, aby mé osobní údaje (adresní a identifikační) a údaje o zdravotním stavu byly zpracovány správcem Generali Pojišťovna a.s., Bělehradská 132, 120 84 Praha 2, Česká republika a jeho smluvními partnery (zejména pojišťovacími zprostředkovateli) splňujícími podmínky zákona č. 101/2000 Sb., o ochraně osobních údajů, pro účely pojišťovací činnosti a dalších činností vymezených zákonem č. 363/1999 Sb., o pojišťovnictví, a to po dobu nezbytně nutnou k zajištění práv a povinností plynoucích ze závazkového právního vztahu a dále po dobu vyplývající z obecně závazných právních předpisů.

Souhlasím s předáváním a poskytováním osobních údajů a údajů o zdravotním stavu subjektům mezinárodního koncernu Generali a zajišťovacím partnerům, pro účely a dobu uvedenou v předchozí větě.

Prohlašuji, že jsem byl/a ve smyslu zákona č. 101/2000 Sb. informován/a o svých právech a povinnostech a o právech a povinnostech správce Generali Pojišťovna a.s., zejména o právu přístupu k osobním údajům, jakož i o dalších právech dle tohoto zákona. Zavazuji se, že bez zbytečného odkladu nahlásím jakoukoliv změnu zpracovávaných údajů.

podpis (otisk razítka organizace, nutné u smluv skupinového úrazového pojištění)

jméno a příjmení pojistníka 186
je-li jím právnická osoba, pak osoby oprávněné jednat za pojistníka 187

jméno a příjmení pojištěného 188
zákonného zástupce v případě nezletilosti pojištěného 189

podpis

r. č. zák. zástupce nezletilého pojištěného / 190 místo 191 dne / / 192

99.50.20.01 04.2007 verze 01

Oznámení o úrazu
zpráva ošetřujícího lékaře

GLT5020011

Generali Pojišťovna a.s.
Bělehradská 132
120 84 Praha 2
Česká republika
Klientský servis 844 188 188
(dále jen „pojistitel")

pojistná smlouva č.: 150

příjmení, jméno, titul (příp. obchodní firma, název) pojištěného 60, 57, 56

rodné číslo nebo datum narození pojištěného 59, 61

první lékařské ošetření (datum, adresa zdrav. zařízení, jméno lékaře) 193

RTG – kompletní popis + adresa zdrav. zařízení, které snímky zhotovilo 194

popis poranění 195

způsob léčení 196

RHB (průběh, délka od–do) 197

diagnóza – nutno vyplnit i číslo diagnózy: 198

číselné označení diagnózy:

pracovní neschopnost	od	do	práce schopen od	č. prac. neschopnosti
pobyt v nemocnici	od	do	**V případě hospitalizace přiložte, prosím, kopii propouštěcí zprávy + operační vložky v případě operace.** 199	
doba nezbytného léčení	od	do		

Pokud došlo k prodloužení doby léčení, uveďte, prosím, důvod a o jaké komplikace šlo. 200

rozsah postižení poraněné části před úrazem a jeho souvislost s úrazem 201

jiné poruchy zdraví před úrazem a jeho souvislost s úrazem 202

Případné degenerativní změny, v kterém roce byly zjištěny? 203

Došlo k úrazu následkem požití alkoholu nebo jiných návykových látek? ☐ 204 ne ☐ 205 ano Jaké byly příznaky? 206

V krvi bylo zjištěno 207 ‰ alkoholu. O jaký druh návykové látky pravděpodobně šlo? 208

Bylo příčinou úrazu sebepoškození? ☐ 209 ne ☐ 210 ano

Předpokládáte, že úraz zanechá trvalé následky? ☐ 211 ne ☐ 212 ano

Jakého druhu a rozsahu? 213

datum 214 místo 215

razítko a podpis ošetřujícího lékaře 216

99.50.20.01 04.2007 verze 01