

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 _____
 ano ne _____
Povolání _____ OSVČ _____ Vedlejší činnost za úhradu _____

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 _____ 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

Jedná se o pracovní úraz?

ano ne

Adresa zaměstnavatele

Došlo k úrazu při sportu?

ano ne druh sportu _____

Uvedte na jaké úrovni (v jaké soutěži) tento sport provozujete?

Název organizace, kde jste registrován:

Jaký sport ještě provozujete?

_____ na jaké úrovni _____

Adresa zdravotnického zařízení, které poskytlo první ošetření

datum ošetření _____ 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, adresa _____

Konsumoval jste v posledních 12 hodinách před úrazem alkohol?

ano ne jaký, v jakém množství _____

Pojistné plnění poukažte na nebo na adresu

kód banky _____ č. účtu _____ spec. symbol _____

Prohlášení:

Souhlasím, aby si pojistitel vyžádal veškerou dokumentaci o mém zdravotním stavu a průběhu léčení pro potřeby šetření škodné události a zproštuji lékaře slibu mlčenlivosti. Rovněž souhlasím, aby si pojistitel vyžádal potřebné podklady u policie, správních orgánů a jiných pojišťoven pro potřeby šetření škodné události. Podpisem potvrzuji, že jsem všechny dotazy odpověděl/a úplně a pravdivě a jsem si vědom/a důsledků hrubě zkresených nebo neúplných odpovědí na povinnost pojistitele plnit. Prohlašuji, že souhlasím, aby pojistitel zpracovával mé osobní údaje ve smyslu zákona č. 101/2000 Sb., o ochraně osobních údajů.

