

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)? Pokud ano, uveďte jaké:	<input type="checkbox"/> Ano <input type="checkbox"/> Ne
Oznámil jste škodnou událost asistenční službě?	<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.)? 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 ověřenou kopii úmrtního listu a kopii lékařské zprávy o příčině smrti.

#### 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
---	-----	----------------------------------