

z úrazového pojištění

INFORMACE O POJIŠTĚNÉM		ČÍSLO POJISTNÉ SMLOUVY:																			
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:																					

INFORMACE O ŽADATELI																		(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:											

ÚDAJE O ŠKODNÉ UDÁLOSTI																		(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?																		<input type="checkbox"/> Ano		<input type="checkbox"/> Ne	
Pokud ano uveďte, o jaký sport se jednalo:																					
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:																					

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)?																		<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	
Máte navíc sjednáno ÚRAZOVÉ POJIŠTĚNÍ PLUS ?																		<input type="checkbox"/> Ano		<input type="checkbox"/> Ne	
Máte navíc sjednáno POJIŠTĚNÍ ZIMNÍCH SPORTŮ VE SNOWPARKU ?																		<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 poukažte:

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 a že jsem si vědom/a důsledků nesprávných, zkreslených nebo neúplných odpovědí pro povinnost pojistitele poskytnout pojistné plnění.

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