

Oznámení škodné události

Číslo
škodné
události

--

Cestovní pojištění a asistenční služby

Úraz

Doručeno:

Číslo pojistné smlouvy	
------------------------	--

1. Příjmení a jméno pojištěného	Žena	Muž
2. Datum narození	Rodné číslo	/
3. Bydliště pojištěného	PSČ	
4. Kontaktní adresa		
5. Kontaktní telefon	E-mail	
6. Povolání		
7. Jméno kontaktní osoby / zák. zástupce u dítěte	Telefon	
8. Adresa		

9. Datum vzniku úrazu	Místo	Země
10. Příčina vzniku škody	Sport – jaký	Organizovaná soutěž / závod – uveďte kým
	dopr. nehoda	Jiná – uveďte
11. Jste registrovaný sportovec	ANO	NE
		Ve kterém sportu
		V jaké soutěži
12. Hlášeno na policii	ANO	NE
		Příložte policejní protokol
13. Jména a adresy případných svědků		
14. Další úrazové pojištění u Allianz pojišťovny, a. s.	ANO	NE
		Uveďte čísla pojistek
15. Uplatňujete tuto škodu u jiné instituce	ANO	NE
		Název instituce

16. Popis vzniku úrazu		
17. Která část těla byla poraněna		
18. Byla tato část těla léčena již před tímto úrazem	ANO	NE
		Jak?
19. Datum prvního ošetření	Kde (název a adresa zdravotnického zařízení)	
20. Data následné léčby	Kde (název a adresa zdravotnického zařízení)	

Přikládám	Lékařskou zprávu	Kopie potvrzení o pracovní neschopnosti
	Policejní protokol	
Dle Všeobecných pojistných podmínek pro cestovní pojištění je pojištěný povinen na žádost pojistitele zajistit na vlastní náklady úřední překlad dokladů nezbytných k šetření pojistné události.		

Prohlašuji, že všechny údaje uvedené v tomto oznámení jsem uvedl/a úplně a pravdivě a že jsem si vědom/a důsledků nepravdivých nebo neúplných údajů. Souhlasím s tím, aby pojistitel zjišťoval a přezkoumával můj fyzický i psychický zdravotní stav u všech lékařů a zdravotnických zařízení, u kterých jsem se léčil/a, léčím nebo se budu léčit. Tento souhlas udělují za účelem vyřizování škodných událostí s tím, že zmocňuji lékaře a zdravotnická zařízení k vyhotovení lékařských zpráv, provedení výpisu ze zdravotnické dokumentace nebo k jejímu zapůjčení pojistiteli, a proto zprošťuji povinnosti mlčenlivosti dotazované lékaře a pracovníky zdravotnických zařízení. Souhlasím též s tím, aby si pojistitel vyžádal i jiné informace nezbytné ke stanovení rozsahu pojistného plnění (od policie, soudu apod.). Beru na vědomí, že pojistitel je z hlediska zákona č. 101/2000 Sb. o ochraně osobních údajů, v platném znění, správcem a zpracovatelem osobních údajů, včetně osobních údajů o mém zdravotním stavu. Souhlasím s tím, aby pojistitel tyto údaje o zdravotním stavu zpracovával po celou dobu trvání nároků z tohoto pojištění.

Pojistné plnění poukažte na

Příjmení a jméno	Rodné číslo	/
Adresa	PSČ	
Korunový účet	Kód banky	Specifický symbol
V	dne	Podpis pojištěného
Jméno a podpis zákonného zástupce u dětí / pojistníka		

Lékařská zpráva ošetřujícího lékaře

(ošetřující lékař potvrzuje, že ošetřoval pojištěného, a zjistil tělesná poškození a/nebo zdravotní újmy tohoto druhu a rozsahu)

1. Jméno a příjmení pacienta										Datum narození									
2. Jméno a příjmení ošetřujícího lékaře																			
3. Adresa ošetřujícího lékaře										Telefon									
4. Jste stálým lékařem pojištěného					ANO					NE					Odkdy				
5. Datum prvního lékařského ošetření									Kde				
6. Hospitalizace					ANO					NE					od do Kde				
7. Diagnóza																			
8. Datum skutečného nezbytného léčení																			
.					do								

9. Došlo k úrazu po požití alkoholu					ANO					NE					V krvi bylo zjištěno % alkoholu				
10. Došlo k úrazu po požití návykových látek					ANO					NE									
11. Zevrubný popis tělesného poškození způsobeného úrazem a určení jeho rozsahu																			
12. Popis RTG nálezu																			
13. Odpovídá ošetřovaný úraz a jeho rozsah ději popsanému na 1. str. tohoto oznámení										ANO					NE				

14. Podrobný popis ošetření, léčby, rehabilitace																			
15. Byla provedena operace					ANO					NE					Kdy Jaká				
16. rehabilitace od										do									
17. Byla poraněná končetina / orgán již dříve postižena					ANO					NE					Jak				
18. Předpokládáte trvalé následky úrazu					ANO					NE					Jaké				
19. Byl pacient v prac. neschopnosti (PN)					ANO					NE					od do Číslo dokladu PN				
20. Skutečná doba PN v důsledku úrazu										od do									

V										dne					Razítko a podpis ošetřujícího lékaře				
Souhlasím s tím, aby ošetřující lékař odpověděl na dotazy Allianz pojišťovny o zdravotních potížích, které jsou důvodem zrušení cesty																			
V										dne					Podpis pojištěného / zákonného zástupce				