

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

Povolání

ano

ne

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

Uveďte 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 zprošťuji 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 zkreslených 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.



