

Oznámení škodné události

 Číslo
škodné
události

| |
|--|
| |
|--|



Cestovní pojištění a asistenční služby

Úraz

Doručeno:

Pokyny pro pojištěného:

- Nárok na denní odškodné po dobu nezbytného léčení úrazu vzniká v případě, kdy minimální délka pracovní neschopnosti či doba léčení činí 22 dní.
- Vyplňte, prosím, přední stranu. Rubovou stranu vyplní odborný lékař (např. orthoped, chirurg, apod.), který daný úraz léčí. Jestliže úraz léčil pouze praktický lékař, vyplní rubovou stranu on.
- Příložením fotokopii zdravotní dokumentace týkající se léčení úrazu urychlíte likvidační řízení.
- K oznámení úrazu přiložte fotokopii potvrzení o pracovní neschopnosti (pracovní neschopenku) vztahující se k úrazu.

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|--|--|--|--|--|--|--|--|--|------------------------|--|--|--|--|------|--|--|--|--|
| Uveďte, prosím, číslo pojistné smlouvy, kterou jste u pojišťovny Allianz pojištěn pro případ úrazu: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Příjmení a jméno pojištěného: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Datum narození: | | | | | | | | | | Rodné číslo: | | | | | | | | | |
| Zák. zástupce u dítěte / Kontakt. osoba: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Povolání a adresa zaměstnavatele: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Bydliště: | | | | | | | | | | | | | | | PSČ: | | | | |
| Telefon domů: | | | | | | | | | | Telefon do zaměstnání: | | | | | | | | | |

| K úrazu došlo dne | místo | země |
|---|-------|------|
| Popište, prosím, souvisle a podrobně jak k úrazu došlo: | | |
| | | |
| | | |

| | |
|--------------------------------|---|
| Která část těla byla poraněna? | Byla tato část těla postižena či léčena již před tímto úrazem? Jak? |
| | |

| | |
|--|-----------------------------|
| Adresa zdravotnického zařízení, které poskytlo první ošetření: | kde jste se léčil následně: |
| | |
| Kdy? | |

| | | | |
|------------------------------|-----|----|-------------------|
| Jste registrovaný sportovec? | ANO | NE | Ve kterém sportu? |
| V jaké soutěži? | | | |

| | | | | | |
|--|-----|----|--------------------|-----|----|
| Stal se úraz při sportu nebo jiné tělovýchovné aktivitě? | ANO | NE | Byla organizována? | ANO | NE |
| Kterou organizaci? | | | | | |
| Jména a adresy případných svědků: | | | | | |
| Případ vyšetřoval (adresa): | | | | | |

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 uděluji 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 zpouštěji povinnost 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.

 Plnění poukažte na jméno a adresu: _____
 na korunový účet: _____

 V _____ dne _____
 podpis pojištěného (jeho zákonného zástupce,
 pojistníka, případně oprávněné osoby)

Lékařská zpráva ošetřujícího lékaře a doklad o pracovní neschopnosti

(za vyplnění tohoto tiskopisu Vám náleží odměna ve výši 100 Kč; její přijetí potvrďte nahlašovateli úrazu stvrzenkou)

Přijetí odměny tímto potvrzují:

_____ razítka a podpis ošetřujícího lékaře

Ošetřující lékař potvrzuje, že ošetřoval pojištěného, který je uveden na první straně tohoto oznámení a zjistil tělesná poškození a zdravotní újmy tohoto druhu a rozsahu:

| | | | |
|--|-----|---|-------|
| Kdy došlo (podle zdravotní dokumentace) k prvnímu lékařskému ošetření? | Dne | v | hodin |
|--|-----|---|-------|

| |
|--|
| Diagnóza vlastního zranění a zevrubný popis tělesného poškození způsobeného úrazem s určením jeho rozsahu: |
| |
| |
| |

| | | | |
|--|-----|----|--|
| Odovídá ošetřované tělesné poškození a jeho rozsah úrazovému ději, jak je uveden na 1. str. tohoto oznámení? | ANO | NE | |
|--|-----|----|--|

| |
|----------------------|
| RTG nález s popisem: |
| |
| |
| |

| |
|---|
| Popište, prosím, podrobně způsob a druh ošetření. U rehabilitace udejte výsledky léčby, jak často a jak dlouho byla prováděna: |
| |
| |
| |

| | | | | |
|----------------------------------|-----|----|---------|---------|
| Kde byl poraněný hospitalizován? | ANO | NE | Od kdy? | Do kdy? |
|----------------------------------|-----|----|---------|---------|

| | | | |
|---|-----|----|---|
| Předpokládáte, že úraz zanechá trvalé následky? | ANO | NE | Jakého pravděpodobného druhu a rozsahu: |
| | | | |

| | | | |
|--|-------------|---|--|
| Došlo k úrazu následkem požití alkoholu nebo návykových látek? | ANO | NE | |
| V krvi bylo zjištěno | % alkoholu. | O jaký druh návykové látky pravděpodobně šlo? | |
| Do jaké míry požitý alkohol / návyková látka ovlivnila chování poraněného? | | | |

| |
|---|
| Byla poraněná končetina nebo orgán již před úrazem postižen(-a)? Jak a v jakém rozsahu: |
| |

| |
|---|
| Došlo-li k prodloužení doby pracovní neschopnosti v důsledku dalších komplikací souvisejících s úrazem, uveďte, prosím, z jaké příčiny a o jaké komplikace šlo: |
| |
| |

| | | |
|--|----|----|
| Skutečná doba pracovní neschopnosti v důsledku úrazu (včetně této komplikace): | Od | Do |
|--|----|----|

Doklad o pracovní neschopnosti u osob nemocensky pojištěných:

| | |
|--|-------------------|
| Vyplňte u všech pojištěných osob, které jsou nemocensky pojištěny: | |
| Den vystavení dokladu o pracovní neschopnosti: | Číslo dokladu PN: |
| Od kdy, do kdy trvala pracovní neschopnost (v případě jejího ukončení): | |
| V případě trvání pracovní neschopnosti její předpokládaný konec: | |
| Doklad o pracovní neschopnosti byl zaslán na správu sociálního zabezpečení – adresa: | |

Doklad o pracovní neschopnosti pro pojišťovnu Allianz u osob nemocensky nepojištěných:

| | | |
|---|----|----|
| Vyplňte pouze u osob samostatně výdělečně činných a ostatních osob, které nejsou nemocensky pojištěny: | | |
| Potvrzují, že na základě shora uvedené lékařské zprávy nedovoluje (nedovoloval) pojištěnému jeho zdravotní stav pro shora uvedený úraz vykonávat jeho dosavadní samostatnou výdělečnou činnost (u studentů – studium, u žen na mateřské dovolené – řádnou starost o děti, atd.) | | |
| Pracovní neschopnost trvala: | Od | Do |
| V případě trvání pracovní neschopnosti její předpokládaný konec | | |

Doklad o době nezbytného léčení u dětí:

| | | |
|------------------------------------|----|----|
| Doba skutečného nezbytného léčení: | Od | Do |
|------------------------------------|----|----|

V _____ dne _____

_____ razítka a podpis ošetřujícího lékaře
adresa zdrav. zařízení, telefon