



Oznámení pojistné události

Úraz

ČÍSLO POJISTNÉ SMLOUVY/
NÁVRHU POJISTNÉ SMLOUVY

Vyplněný formulář nám zašlete poštou na kontaktní adresu Úzká 488/8, Brno, 602 00, případně na adresu sídla společnosti. Prosíme, zvolte vždy jen jednu variantu zaslání. **K formuláři přiložte kopie veškerých lékařských zpráv z průběhu léčení (včetně prvního lékařského ošetření, pohotovosti, rychlé zdravotnické pomoci, rehabilitace), aktuální nález (ortopedický, neurologický apod.), fotografii obličeje po 1. roce od úrazu v případě jizev na obličeji, případně kopii policejního protokolu a zprávy o závěru vyšetřování, pokud byla příčina vzniku pojistné události šetřena policií.**

DENNÍ ODŠKODNÉ TRVALÉ TĚLESNÉ POŠKOZENÍ NÁSLEDKEM ÚRAZU

KÓD ZDRAVOTNÍ POJIŠŤOVNY

Pojištěný (osoba, která utrpěla úraz)

PŘÍJMENÍ, JMÉNO, TITUL

RODNÉ PŘÍJMENÍ

RODNÉ ČÍSLO

ADRESA TRVALÉHO POBYTU
(ULICE, ČÍSLO, MĚSTO/OBEC)

PSČ

DOKLAD TOTOŽNOSTI OP/ID PAS RODNÝ LIST¹⁾

ČÍSLO DOKLADU
TOTOŽNOSTI

STÁTNÍ
PŘÍSLUŠNOST

DOKLAD TOTOŽNOSTI VYDAL

DATUM VYDÁNÍ

PLATNOST DO

TELEFON

ZAMĚSTNÁNÍ/DRUH PODNIKATELSKÉ ČINNOSTI

OBOR ČINNOSTI

NÁZEV A ADRESA ZAMĚSTNAVATELE (ŠKOLY)

Údaje o úrazu

DATUM ÚRAZU

ČAS ÚRAZU

MÍSTO ÚRAZU

PŘÍČINA ÚRAZU

JAK DOŠLO K ÚRAZU? (PODROBNĚ POPIŠTE)

UNIQA linka: +420 488 125 125, e-mail: info@uniqa.cz, www.uniqa.cz
Kontaktní adresa: UNIQA pojišťovna, a.s., Úzká 488/8, 602 00 Brno, Česká republika
UNIQA pojišťovna, a.s., se sídlem Evropská 810/136, 160 00 Praha 6, Česká republika, IČO: 492 40 480,
společnost je zapsána v obchodním rejstříku vedeném Městským soudem v Praze, oddíl B, vložka 2012



LO

KTERÁ ČÁST TĚLA BYLA POSTIŽENA A JAK?

DOŠLO K ÚRAZU PŘI SPORTU? ANO NE POKUD ANO, UVEĎTE DRUH SPORTU _____

JSTE REGISTROVÁN? ANO NE POKUD ANO, UVEĎTE DRUH SPORTU _____ ODKDY

DOŠLO K ÚRAZU PŘI DOPRAVNÍ NEHODĚ?
 DOŠLO K ÚRAZU POD VLIVEM ALKOHOLU
 NEBO OMAMNÝCH LÁTEK? ANO NE KDO ÚRAZ ZAVINIL? _____

BYLA UDÁLOST VYŠETŘOVÁNA
 ORGÁNY POLICIE APOD.? ANO NE NÁZEV A ADRESA
 VYŠETŘUJÍCÍHO ORGÁNU _____

JMÉNO LÉKAŘE A ADRESA ZAŘÍZENÍ, KDE BYLO POSKYTNUTO PRVNÍ OŠETŘENÍ _____ DATUM PRVNÍHO OŠETŘENÍ

HODINA

JMÉNO LÉKAŘE A ADRESA ZAŘÍZENÍ, KDE JSTE SE DÁLE LÉČIL

Doplňující informace

JSTE KUŘÁK? ANO NE POČET KUSŮ CIGARET DENNĚ _____

ABSOLVUJETE PRAVIDELNĚ PREVENTIVNÍ
 PROHLÍDKY U PRAKTICKÉHO LÉKAŘE? ANO NE DATUM POSLEDNÍ PROHLÍDKY

Výplata pojistného plnění (vyplňte v případě, že žádáte o výplatu plnění na bankovní účet)

BANKOVNÍ ÚČET ČÍSLO - /

Pokud nemáte bankovní účet, pojistné plnění Vám bude zasláno poštovní poukázkou na výše uvedenou adresu trvalého pobytu.

Identifikace a prohlášení zástupce pojištěného (nevyplňuje se, pokud pojistnou událost oznamuje sám pojištěný)

PŘÍJMENÍ, JMÉNO, TITUL _____ MUŽ ŽENA

ADRESA TRVALÉHO POBYTU (ULICE, ČÍSLO, MĚSTO/OBEC) _____ PSČ _____

DATUM NAROZENÍ RODNÉ ČÍSLO / STÁTNÍ PŘÍSLUŠNOST _____

MÍSTO NAROZENÍ

DOKLAD TOTOŽNOSTI OP/ID PAS ČÍSLO DOKLADU TOTOŽNOSTI _____

DOKLAD TOTOŽNOSTI VYDAL _____ DATUM VYDÁNÍ PLATNOST DO

VZTAH K POJIŠTĚNÉMU

DOKLAD O OPRÁVNĚNÍ ZASTUPOVAT/JEDNAT²⁾ _____ DRUH DOKLADU _____ ČÍSLO DOKLADU _____

ZÁKONNÝ ZÁSTUPCE PROHLAŠUJE, ŽE JE NA JEHO MAJETEK PROHLÁŠEN KONKURS ANO NE ZÁKONNÝ ZÁSTUPCE PROHLAŠUJE, ŽE INSOLVENČNÍ ŘÍZENÍ VEDENÉ PROTI NĚMU BYLO ZASTAVENO PRO NEDOSTATEK MAJETKU ANO NE

¹⁾ V případě rodného listu se pole „Číslo dokladu totožnosti“, „Datum vydání“, „Platnost do“ a „Doklad totožnosti vydal“ nevyplňují. Rodný list může nahradit doklad totožnosti pouze v případě, že je pojištěný nezletilý.

²⁾ V případě, že jde o rodiče nezletilého pojištěného, není třeba vyplnit. Druh dokladu o oprávnění zastupovat/jednat může být např. soudní rozhodnutí o osvojení nezletilého, usnesení o ustanovení opatrovníka / plná moc s úředně ověřeným podpisem zmocnitele.

Pokud nezletilého pojištěného zastupuje zákonný zástupce, tento čestně prohlašuje, že je způsobilý k právním jednáním v plném rozsahu, nebyl zbaven rodičovské odpovědnosti a je oprávněn zastupovat a spravovat věci nezletilého pojištěného (uvedeného výše) a je si vědom(a) důsledků, pokud by v prohlášení uvedl(a) nepravdivé údaje. V případě, že se toto prohlášení ukáže nepravdivým, prohlašuje tato osoba, že uhradí UNIQA pojišťovně, a.s. veškerou újmu, která jí vznikne výplatou pojistného plnění na základě takto nepravdivého prohlášení. Zástupce pojištěného uděluje pojistiteli UNIQA pojišťovna, a.s. souhlas s tím, aby jeho výše uvedené údaje zpracovával v rámci své činnosti v pojišťovnictví po dobu nezbytnou pro zajištění výkonu práv a plnění povinností vyplývajících z pojistné smlouvy a poskytoval tyto údaje do jiných států (členských zemí Evropské Unie i třetích států), pokud to bude nezbytné pro zajištění výkonu práv a plnění povinností z pojistné smlouvy. Poskytnutí osobních údajů je dobrovolné, je však nezbytnou podmínkou šetření pojistné události.

Podpisy, přílohy a prohlášení

Pojištěný/zástupce pojištěného potvrzuje pravdivost, úplnost a platnost všech údajů a odpovědí uvedených na všech stranách tohoto formuláře a rovněž prohlašuje, že na všechny dotazy odpověděl(a) pravdivě a je si vědom(a) důsledků nepravdivých a nesprávných údajů a odpovědí na přiznání pojistného plnění. **Pojištěný/zástupce pojištěného souhlasí, aby si UNIQA pojišťovna, a.s. vyžádala veškerou potřebnou dokumentaci od příslušných zdravotnických zařízení, zdravotních pojišťoven, státních orgánů apod.**

Pojištěný jednající přímo či prostřednictvím svého zástupce zmocňuje pojistitele, aby z důvodu zjištění jeho zdravotního stavu, případně i zjištění příčin jeho smrti, v souvislosti s výkonem práv a plněním povinností pojistitele plynoucích z pojistné smlouvy, činil dotazy, a to i po smrti pojištěného, ohledně jeho zdravotního stavu u příslušných lékařů (zdravotnických zařízení) či zdravotních pojišťoven a žádal tyto lékaře (zdravotnická zařízení) či zdravotní pojišťovny o poskytnutí zpráv, pořízení výpisů nebo opisů ze zdravotnické dokumentace či jiné dokumentace vedené o osobě pojištěného, popř. z jiných zápisů, které se vztahují k jeho zdravotnímu stavu, popř. tyto výpisy a opisy pořizoval sám. Zároveň v souladu s § 51 odst. (2) písm. b) zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (dále jen „zákon o zdravotních službách“), v platném znění, pojištěný opravňuje příslušného lékaře (zdravotnické zařízení), aby pojistiteli na jeho žádost v rozsahu výše uvedeného zmocnění poskytl požadované informace tak, jak je povinen je poskytovat pacientovi podle § 65 odst. (1) citovaného zákona o zdravotních službách.

Pojištěný jednající přímo či prostřednictvím svého zástupce bere na vědomí, že pojistitel dle zákona č. 110/2019 Sb., o zpracování osobních údajů, zpracovává jeho osobní údaje a údaje o jeho zdravotním stavu. Pojištěný souhlasí s tím, aby pojistitel takové osobní údaje a údaje o zdravotním stavu zpracovával v rámci své činnosti v pojišťovnictví po dobu nezbytnou pro zajištění výkonu práv a plnění povinností vyplývajících z pojistné smlouvy a poskytoval tyto údaje do jiných států (členských zemí Evropské Unie i třetích států), pokud to bude nezbytné pro zajištění výkonu práv a plnění povinností z pojistné smlouvy. Poskytnutí osobních údajů je dobrovolné, je však nezbytnou podmínkou šetření pojistné události. Pojištěný/zástupce pojištěného má ve smyslu zákona o zpracování osobních údajů právo přístupu k osobním údajům, právo na jejich opravu, jakož i právo na vysvětlení ohledně jejich zpracování a odstranění případného závadného stavu, pokud se domnívá, že jejich zpracování je prováděno v rozporu se zákonem a rovněž právo obrátit se na Úřad pro ochranu osobních údajů, pokud nebude jeho žádosti vyhověno.

Ověření totožnosti (včetně ověření shody podoby pojištěného/zástupce pojištěného s vyobrazením v průkazu totožnosti) provedl níže podepsaný zástupce pojistitele. Ověření totožnosti a podpis zástupce pojistitele nejsou nutné, pokud identifikace a ověření identifikace pojištěného/zástupce pojištěného již byly provedeny při jiném úkonu.

DATUM PODPISU	<input type="text"/>	MÍSTO PODPISU	POČET PŘÍLOH
PODPIS POJIŠTĚNÉHO/ZÁSTUPCE POJIŠTĚNÉHO	<input type="text"/>	PODPIS ZÁSTUPCE POJISTITELE (NA ZÁKLADĚ PLNÉ MOCI)	<input type="text"/>

ZA POJIŠTĚNÉHO PODEPISUJE (VYPLŇTE ČÁST IDENTIFIKACE A PROHLÁŠENÍ ZÁSTUPCE POJIŠTĚNÉHO)

- ZÁKONNÝ ZÁSTUPCE (PŘILOŽTE RODNÝ LIST, POKUD JSTE HO DOPOSUD POJISTITELI NEPOSKYTLI)
- ZMOCNĚNÝ ZÁSTUPCE (PŘILOŽTE PLNOU MOC)
- OPATROVNÍK (PŘILOŽTE ROZHODNUTÍ SOUDU)

Zpráva lékaře

Úraz

ČÍSLO POJISTNÉ SMLOUVY/
NÁVRHU POJISTNÉ SMLOUVY

VYPLNÍ OŠETŘUJÍCÍ LÉKAŘ

Náklady na vyplnění této Zprávy budou uhrazeny pojistitelem do výše 150 Kč v případě uznání nároku na pojistné plnění. Za vyplnění této zprávy uhradte lékaři jím požadovanou částku a originál dokladu o zaplacení předložte pojistiteli.

Pojištěný (osoba, která utrpěla úraz)

PŘÍJMENÍ, JMÉNO, TITUL

RODNÉ ČÍSLO

Údaje o úrazu

ODPOVÍDÁ TĚLESNÉ POŠKOZENÍ
OKOLNOSTEM, KTERÉ POSTIŽENÝ UVEDL? ANO NE DIAGNÓZA - KÓD

JMÉNO LÉKAŘE A ADRESA ZAŘÍZENÍ, KDE BYLO POSKYTNUTO PRVNÍ OŠETŘENÍ

DATUM PRVNÍHO
OŠETŘENÍ

ČAS

DIAGNÓZA – PODROBNÝ POPIS VŠECH TĚLESNÝCH POŠKOZENÍ ZPŮSOBENÝCH ÚRAZEM

BYL PORANĚNÝ ORGÁN FUNKČNĚ POŠKOZEN JIŽ PŘED ÚRAZEM? ANO NE V JAKÉM ROZSAHU?

KDY? DATUM JAKÝM ZPŮSOBEM?

DATUM RTG A DALŠÍCH
ZOBRAZOVACÍCH VYŠETŘENÍ POPIS RTG A DALŠÍCH
ZOBRAZOVACÍCH VYŠETŘENÍ

JMÉNO ODBORNÉHO LÉKAŘE,
U KTERÉHO JE POSTIŽENÝ V PĚČI

OD

DO

V případě, že byl postížený hospitalizován, přiložte propouštěcí zprávu a v případě operace i operační protokol.

PRŮBĚH A ZPŮSOB LÉČENÍ – PODROBNĚ POPIŠTE

PEVNÁ FIXACE

OD

DO

REHABILITACE

OD

DO

PRACOVNÍ NESCHOPNOST V DŮSLEDKU ÚRAZU (VČETNĚ)

OD

DO

U DĚTÍ A STUDENTŮ UVEĎTE DOBU NEZBYTNÉHO LÉČENÍ (NEÚČAST NA ŠKOLNÍ DOCHÁZCE), KTERÁ BY SE ROVNALA PRACOVNÍ NESCHOPNOSTI

JINÉ ZPRÁVY LÉKAŘE

DOŠLO K ÚRAZU POD VLIVEM ALKOHOLU NEBO OMAMNÝCH LÁTEK? ANO NE DRUH OMAMNÉ LÁTKY %o ALKOHOLU V KRVI
BYLO PŘÍČINNOU ÚRAZU ÚMYSLNÉ SEBEPOŠKOZENÍ? ANO NE BYL PORUŠEN LÉČEBNÝ REŽIM? ANO NE

ZANECHAL ÚRAZ TRVALÉ NÁSLEDKY? ANO NE

JAKÉ TRVALÉ NÁSLEDKY - POPIS, ROZSAH

JE ROZSAH TRVALÝCH NÁSLEDKŮ UŽ USTÁLENÝ? ANO NE HOSPITALIZACE OD DO

V případě, že Vám nestačí formulář, přiložte podepsanou přílohu a uveďte číslo pojistné smlouvy.

Podpisy, přílohy a prohlášení

Potvrzuji, že údaje v této Zprávě lékaře se týkají osoby pojištěného uvedené na první straně formuláře jako „pojištěný“, a že jsem tuto zprávu vypracoval(a) na základě zdravotní dokumentace vystavené zdravotnickým zařízením uvedeným na první straně tohoto formuláře.

DATUM PODPISU

MÍSTO PODPISU

TELEFON LÉKAŘE

POČET PŘÍLOH

JMÉNO A ADRESA LÉKAŘE/ZDRAVOTNICKÉHO ZAŘÍZENÍ

RAZÍTKO A PODPIS LÉKAŘE