

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 \_\_\_\_\_  
E-mail \_\_\_\_\_ @ \_\_\_\_\_  
Povolání (k datu úrazu) \_\_\_\_\_ ano  ne  OSVČ  IČO \_\_\_\_\_  
Student  ano  ne  Nezaměstnaný  ano  ne  od \_\_\_\_\_ 2 0 \_\_\_\_\_  
Adresa zaměstnavatele (u studentů adresa školy) - nutno vždy vyplnit \_\_\_\_\_

### 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 \_\_\_\_\_ 2 0 \_\_\_\_\_ 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 datum \_\_\_\_\_  
Jedná se o pracovní úraz?  ano  ne  
Došlo k úrazu při sportu?  ano  ne druh sportu \_\_\_\_\_  
Uved'te na jaké úrovni (v jaké soutěži) tento sport provozujete? \_\_\_\_\_  
Název organizace, kde jste registrován: \_\_\_\_\_ od kdy \_\_\_\_\_  
Jaký sport ještě provozujete? \_\_\_\_\_ na jaké úrovni? \_\_\_\_\_  
Adresa zdravotnického zařízení, které poskytlo první ošetření datum ošetření \_\_\_\_\_ 2 0 \_\_\_\_\_ 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 \_\_\_\_\_  
Konsumoval jste v posledních 12 hodinách před úrazem alkohol?  ano  ne jaký, v jakém množství \_\_\_\_\_  
Šetřila událost policie?  ano  ne adresa \_\_\_\_\_  
Pojistné plnění poukažte na kód banky \_\_\_\_\_ č. účtu \_\_\_\_\_ spec. symbol \_\_\_\_\_  
nebo na adresu \_\_\_\_\_

**Prohlášení:**  
Prohlašuji, že jsem na veškeré údaje na tomto Oznámení o škodě uvedl(a) pravdivě a úplně, že jsem k výše uvedené pojistné události vyplnil(a) pro pojistitele pouze toto Oznámení o škodě a že jsem si vědom(a) důsledků nesprávných či neúplných odpovědí na povinnost pojistitele plnit. Dále tímto zmocňuji pojistitele k získání informací uvedených ve zdravotnické dokumentaci vedené o mé osobě, které je potřebné k posouzení mých nároků na pojistné plnění z úrazového pojištění. Rovněž souhlasím, aby si pojistitel vyžádal veškerou potřebnou zdravotní dokumentaci o mém léčení a zdravotním stavu pro potřeby šetření pojistné události, příp. podklady od policie, správních orgánů či jiných pojišťoven. Tímto zprůstňuji od povinnosti zachovávat mlčenlivost lékaře, zdravotnická zařízení a zařízení poskytující zdravotní péči, které pojistitel požádá o uvedené informace. Prohlašuji, že souhlasím, aby pojistitel zpracovával a uchovával mé osobní a citlivé údaje ve smyslu zákona č. 101/2000 Sb., o ochraně osobních údajů, v platném znění.

