

# Oznámení o úrazu – vyplní pojištěný

1. pojistná smlouva číslo:

2. pojistná smlouva číslo:

3. pojistná smlouva číslo:

Vyplňte prosím první stranu formuláře, druhou stranu vyplní ošetřující lékař.

**Nepřehlédněte:**

- Při komunikaci s pojišťovnou (v každém sdělení nebo dotazu) je vždy nutné uvést číslo Vaší pojistné smlouvy. V případě nejasností či dotazů je Vám k dispozici náš klientský servis 244 188 188.
- Každý úraz nahláste neprodleně, tj. do 14 dnů od vzniku úrazu, a to písemnou formou. Po úrazu ihned vyhledejte lékařskou pomoc a v léčení pokračujte až do jeho skončení. Další práva a povinnosti spojené se vznikem škodné události jsou uvedeny ve všeobecných a zvláštních pojistných podmínkách platných pro Vaši smlouvu.
- Pro posouzení škodné události je nutné předložit všechny doklady, které si pojistitel vyžádá (např. v případě hospitalizace: kopii propouštěcí zprávy, v případě operace: kopii operačního protokolu, v případě pracovní neschopnosti: kopii dokladu o pracovní neschopnosti (dle platné legislativy).

Pojistník	Pojištěný (není-li totožný s pojistníkem)
příjmení, jméno, titul (název právnické osoby)	příjmení, jméno, titul
rodné číslo / IČO	rodné číslo / dat. narození
ulice, č. popisné/orientační	ulice, č. popisné/orientační
telefon	telefon
obec – část obce	obec – část obce
PSČ	PSČ
e-mail	e-mail
současné, příp. i vedlejší povolání pojištěného	praktický lékař pojištěného (jméno, adresa, telefon)
Byl jste v souvislosti s úrazem uznán práce neschopným? <input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne	Pokud ano, odkdy: <input type="text"/>
Při jaké činnosti k úrazu došlo? <input type="checkbox"/> v zaměstnání <input type="checkbox"/> v domácnosti <input type="checkbox"/> ve volném čase <input type="checkbox"/> při dopravní nehodě <input type="checkbox"/> při jiné činnosti (uveďte)	Při jakém sportu k úrazu došlo? <input type="text"/> V které soutěži? <input type="text"/> Jste-li registrovaným sportovcem, odkdy? <input type="text"/>
<b>datum a hodina úrazu</b>	místo úrazu
Podrobný a přesný popis úrazového děje (jak k úrazu došlo, druh úrazu a poraněná část těla): <input type="text"/>	
Kdy a kterým lékařem Vám byla poskytnuta první pomoc (jméno, adresa, telefon)? <input type="text"/>	Organ Policie ČR, který provádí vyšetřování (nutno přiložit kopii policejního protokolu): <input type="text"/>
Ošetřující lékař v době úrazu (jméno, adresa, telefon): <input type="text"/>	Byl/a-li jste hospitalizován/a, uveďte údaje o nemocnici (adresa, oddělení): <input type="text"/>
1. Nárokujete pojistné plnění také u jiné pojišťovny? <input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne U které (název)? <input type="text"/>	
2. Byl/a jste již před oznamováním úrazem stížen/a tělesnou nebo smyslovou nemocí či vadou? <input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne Jakou? <input type="text"/>	
3. Pobíráte invalidní důchod? <input type="checkbox"/> nepobírám <input type="checkbox"/> ano, invalidita I. nebo II. stupně <input type="checkbox"/> invalidita III. stupně <input type="checkbox"/> Pokud ano, od kterého data? <input type="text"/>	
4. Případné pojistné plnění si přejete poukázat na: <input type="checkbox"/> účet <input type="checkbox"/> na adresu <input type="text"/>	číslo účtu <input type="text"/> kód banky <input type="text"/>
<b>Prohlášení pojištěného/pojistníka</b> Jsem si vědom/a své povinnosti pravdivě a úplně odpovědět na všechny dotazy pojistitele a uvést všechny informace, i ty, které se mi jeví jako nepodstatné. Beru na vědomí, že při porušení těchto povinností má pojistitel právo od pojistné smlouvy odstoupit, snížit nebo odmítnout pojistné plnění. Zprošťuji státní zastupitelství, policii a další orgány činné v trestním řízení, hasičský záchranný sbor, lékaře, zdravotnická zařízení nebo záchrannou službu povinnosti mlčenlivosti. Současně zmocňuji pojistitele, resp. jím pověřenou osobu, aby ve všech řízeních probíhajících v souvislosti se škodnou událostí mohl nahlížet do soudních, policejních, zdravotních, případně jiných úředních spisů a zhotovovat z nich kopie či výpisy. Zavazují se informovat pojistitele o ošetřujících lékařích a zdravotnických zařízeních a získávat od nich pojistitelem požadované zprávy. Zároveň pojistiteli udělují souhlas k nahlázení do zdravotnické dokumentace a dále se zavazují mu poskytnout veškeré informace shromážděné ve zdravotnické dokumentaci vedené o mé osobě v jiných zápisech, které se vztahují k mému zdravotnímu stavu, nebo že jejich poskytnutí zajistím. Zprošťuji mlčenlivosti a zmocňuji tímto ošetřujícího lékaře, zdravotnická zařízení, zdravotní pojišťovny a orgány sociálního zabezpečení k poskytnutí informací a dokladů ze zdravotnické dokumentace; dále pojistitele zmocňuji, aby si od lékařů a zdravotnických zařízení vyžadoval nutné informace o mém zdravotním stavu bez obsahového omezení. Zavazují se zajistit na výzvu pojistitele bezodkladně veškeré informace o zdravotní péči, která mi byla poskytnuta lékaři a zdravotnickými zařízeními z veřejného zdravotního pojištění. Zároveň souhlasím s tím, aby pojistitel v případě potřeby ověřoval, zda pobírám invalidní důchod. Beru na vědomí, že odchýlné od všeobecných a zvláštních pojistných podmínek platných pro sjednané druhy pojištění se ujednává: plným invalidním důchodem se rozumí plný invalidní důchod a invalidní důchod pro invaliditu III. stupně podle platných předpisů o sociálním zabezpečení, částečným invalidním důchodem se rozumí částečný invalidní důchod a invalidní důchod pro invaliditu II. a I. stupně podle platných předpisů o sociálním zabezpečení. Zmocňuji pojistitele k nahlédnutí do podkladů jiných pojišťoven a veškerých rozhodujících podkladů v souvislosti se šetřením škodných událostí a výplatou pojistného plnění. Výše uvedené souhlasy a zmocnění se vztahují i na dobu po mé smrti. Beru na vědomí, že pojistitel není povinen vyplatit pojistné plnění do doby, než mu budou poskytnuty doklady potřebné pro likvidaci škodné události, zejména ty, které si pojistitel vyžádá. Souhlasím s tím, aby mé osobní údaje (adresní a identifikační) a údaje o zdravotním stavu byly zpracovány správcem Generali Pojišťovna a.s., Bělehradská 132, 120 84 Praha 2, Česká republika a jeho smluvními partnery (zejména pojišťovacími zprostředkovateli) splňujícími podmínky zákona o ochraně osobních údajů, pro účely pojišťovací činnosti a dalších činností vymezených zákonem o pojišťovnictví v platném znění, a to po dobu nezbytně nutnou k zajištění práv a povinností plynoucích ze závazkového právního vztahu a dále po dobu vyplývající z obecně závazných právních předpisů. Souhlasím s předáváním a poskytováním osobních údajů a údajů o zdravotním stavu subjektům mezinárodního concernu Generali a zajišťovacími partnery, pro účely a dobu uvedenou v předchozí větě. Prohlašuji, že jsem byl/a ve smyslu zákona o ochraně osobních údajů informován/a o svých právech a povinnostech a o právech a povinnostech správce Generali Pojišťovna a.s., zejména o právu přístupu k osobním údajům, jakož i o dalších právech dle tohoto zákona. Zavazují se, že bez zbytečného odkladu nahlásím jakoukoliv změnu zpracovávaných údajů.	

**Podpisy**

jméno a příjmení pojistníka, je-li jím právnická osoba, pak osoby oprávněné jednat za pojistníka

podpis (otisk razítka organizace, nutné u smluv skupinového úrazového pojištění)

jméno a příjmení pojištěného, zákonného zástupce v případě nezletilosti pojištěného

Prohlašuji, že  jsem  nejsem jako zákonný zástupce pojištěné osoby v insolvenčním řízení.datum  místo  r.č. zákonného zástupce nezletilého pojištěného podpis 

1. pojistná smlouva číslo:

2. pojistná smlouva číslo:

3. pojistná smlouva číslo:

## Pojištěný

příjmení, jméno, titul

rodné číslo / datum narození

datum a hodina úrazu

datum

hodina

k prvnímu lékařskému ošetření došlo dne

jméno lékaře a adresa zdravotnického zařízení

diagnóza vlastního zranění

kód podle MKN 10

podrobný popis tělesného poškození způsobeného úrazem (např. u zhmožděnin uveďte, zda došlo k poruše funkce postižené části; u rány typ a velikost; u popálenin rozsah a stupeň; u poranění zubů číslo zubu a zda došlo k jeho ztrátě nebo ohrožení vitality; apod.)

RTG nález s popisem nebo jiná speciální vyšetření (CT, MR) – přiložit kopii zprávy nebo vypsát závěry

popis způsobu léčení (např. u fixace uveďte druh a dobu; rehabilitace od–do, kde; apod.)

hospitalizace od

do

kde

operace datum – přiložit kopii operačního protokolu

**V případě hospitalizace přiložte kopii propouštěcí zprávy.**

při prodloužení doby léčení uveďte důvody (komplikace od–do)

celková doba léčení od

do

doba pracovní neschopnosti od

do

vystaveno potvrzení PN č.

datum vystavení

příčina úrazu podle pacienta uvedená při prvním ošetření

Odpovídá tělesné poškození okolnostem, které uvedl poškozený?

 ano  ne

Byla poraněná část těla již před úrazem postižena?

Pokud ano, uveďte rozsah a v kterém roce došlo k předchozímu postižení.

 ano  ne

Došlo k úrazu v důsledku požití alkoholu nebo návykových látek nebo byl poškozený v době úrazu pod vlivem alkoholu nebo jiných návykových látek?

Pokud ano, rozveďte (příznaky, promile alkoholu v krvi, apod.).

 ano  ne

Bylo příčinou úrazu sebepoškození?

Pokud ano, uveďte podrobnosti.

 ano  ne

Došlo k úrazu cizím zaviněním?

 ano  ne

Byl úraz vyšetřován policií?

 ano  ne

Předpokládáte, že úraz zanechá TN?

Pokud ano, uveďte jakého pravděpodobného druhu a rozsahu.

 ano  ne

jiné sdělení lékaře

## Podpisy

jméno lékaře nebo název a adresa zdravotnického zařízení včetně telefonního nebo případně i emailového kontaktu

razítko a podpis lékaře

datum

počet příloh