

Oznámení škodné události

Doručeno

Pojištění osob

Trvalé následky úrazu

Pro interní
potřeby
pojistitele

Pokyny pro pojištěného:

- Nárok na pojistné plnění za trvalé následky úrazu vzniká:
 - v případě ukončení léčení, nastal-li ustálený stav
 - v případě, že ustálený stav ještě nenastal, po třech letech ode dne vzniku úrazu
 - nárok na pojistné plnění se promlčuje uplynutím 4 let ode dne vzniku pojistné události (tzn. že likvidační šetření musí být ukončeno v této lhůtě).
- „Záznam ošetřujícího lékaře“ (viz. druhá strana) předložte k vyplnění svému ošetřujícímu odbornému lékaři (ortoped, chirurg, neurolog apod.), který má k dispozici lékařskou dokumentaci týkající se Vašeho úrazu.
- Vyplněný formulář spolu s fotokopii zdravotní dokumentace, včetně popisů RTG snímků, týkajících se Vašeho úrazu, zašlete na shora uvedenou adresu – úsek likvidace pojistných událostí osob.**
- K případně lékařské prohlídce Vás vyzve odborný lékař pojišťovny, postupujte podle jeho pokynů uvedených v předvolání k prohlídce.
- Na nákladech za vyplnění lékařské zprávy se Allianz pojišťovna, a. s. částečně podílí.
- Pojistné plnění za trvalé následky stanovuje po prošetření pojistitel ve smyslu pojistných podmínek.

Uveďte čísla všech pojistných smluv, ze kterých za oznamovaný úraz uplatňujete nárok na pojistné plnění:

1. 2. 3.

Jméno pojištěného: Rodné číslo: /

Adresa trvalého bydliště: PSČ:

Kontaktní adresa pro tuto škodnou událost: PSČ:

Telefon domů: do zaměstnání: Mobil:

E-mail:

Pracovní zařazení v době úrazu:

Byl jste k datu vzniku úrazu registrovaný sportovec?* ANO NE Pokud ano, uveďte ve kterém sportu a v jaké soutěži:

Jste:* pravák levák

Byl jste k datu vzniku úrazu úrazově pojištěn/a i u jiných komerčních pojišťoven?* ANO NE Pokud ano, u kterých?

K úrazu došlo dne: místo:

Popište, prosím, souvisle a podrobně jak k úrazu došlo:

Která část těla byla poraněna?

Byla tato část těla postižena či léčena již před úrazem?* ANO NE

Pokud ano, uveďte v kterém roce a kde probíhalo léčení.

Prohlašuji, že všechny údaje uvedené v tomto oznámení nebo v informaci lékařům o mém úrazu 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 udělují za účelem vyřizování pojistných 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 zprošťuji povinnosti mlčenlivosti dotazované lékaře a pracovníky zdravotnických zařízení. Souhlasím též s tím, aby si pojistitel vyžádal kopii dokladu o pracovní neschopnosti a jiné informace nezbytné ke stanovení rozsahu pojistného plnění (od zaměstnavatele, správy sociálního zabezpečení, Policie ČR, obecní policie, soudu, obecního a městského úřadu 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 účet:

V dne

podpis pojištěného, zákonného zástupce
(oprávněné osoby)

