

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	
Povolání		<input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne	Vedlejší činnost za úhradu

### 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  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

### Jedná se o pracovní úraz?

ano  ne

### Adresa zaměstnavatele

### Došlo k úrazu při sportu?

ano  ne druh sportu

### Uveďte na jaké úrovni (v jaké soutěži) tento sport provozujete?

### Název organizace, kde jste registrován:

### Jaký sport ještě provozujete?

na jaké úrovni

### Adresa zdravotnického zařízení, které poskytl první ošetření

datum ošetření  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, adresa

### Konsumoval jste v posledních 12 hodinách před úrazem alkohol?

ano  ne jaký, v jakém množství

### Pojistné plnění poukážte na nebo na adresu

kód banky  č. účtu  spec. symbol

### Prohlášení:

Prohlašuji, že jsem 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 jsou 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 zprůstupuji 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.

