

Oznámení škodné události

Číslo
škodné
události

--

Cestovní pojištění a asistenční služby

Úraz

Doručeno:

Pokyny pro pojištěného:

- Nárok na denní odškodné po dobu nezbytného léčení úrazu vzniká v případě, kdy minimální délka pracovní neschopnosti či doba léčení činí 22 dní.
- Vypíšte, prosím, přední stranu. Rubovou stranu vyplní odborný lékař (např. orthoped, chirurg, apod.), který daný úraz léčil. Jestliže úraz léčil pouze praktický lékař, vyplní rubovou stranu on.
- Příložením fotokopii zdravotní dokumentace týkající se léčení úrazu urychlíte likvidační řízení.
- K oznámení úrazu přiložte fotokopii potvrzení o pracovní neschopnosti (pracovní neschopenku) vztahující se k úrazu.

Uveďte, prosím, číslo pojistné smlouvy, kterou jste u pojišťovny Allianz pojištěn pro případ úrazu:											
Příjmení a jméno pojištěného:											
Datum narození:						Rodné číslo:					
Zák. zástupce u dítěte / Kontakt. osoba:											
Povolání a adresa zaměstnavatele:											
Bydliště:										PSČ:	
Telefon domů:						Telefon do zaměstnání:					

K úrazu došlo dne	místo	země
Popište, prosím, souvisle a podrobně jak k úrazu došlo:		

Která část těla byla poraněna?	Byla tato část těla postížena či léčena již před tímto úrazem? Jak?

Adresa zdravotnického zařízení, které poskytlo první ošetření:	kde jste se léčil následně:
Kdy?	

Jste registrovaný sportovec?	ANO	NE	Ve kterém sportu?
V jaké soutěži?			

Stal se úraz při sportu nebo jiné tělovýchovné aktivitě?	ANO	NE	Byla organizována?	ANO	NE
Kterou organizaci?					
Jména a adresy případných svědků:					
Případ vyšetřoval (adresa):					

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 pojišťitel 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 uděluji za účelem vyřizování škodných událostí s tím, že zmocňuji lékaře a zdravotnická zařízení k vyhotovení lékařských zpráv, provedení výpisu ze zdravotnické dokumentace nebo k jejímu zapůjčení pojišťiteli, a proto zprášuji povinnosti mlčenlivosti dotazované lékaře a pracovníky zdravotnických zařízení.
Souhlasím též s tím, aby si pojišťitel 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 pojišťitel 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 pojišťitel tyto údaje o zdravotním stavu zpracovával po celou dobu trvání nároků z tohoto pojištění.

Plnění poukažte na jméno a adresu: _____
na účet: _____

V _____ dne _____

podpis pojištěného (jeho zákonného zástupce,
pojištníka, případně oprávněné osoby)

Lékařská zpráva ošetřujícího lékaře a doklad o pracovní neschopnosti

(za vyplnění tohoto tiskopisu Vám náleží odměna ve výši 100 Kč; její přijetí potvrďte nahlašovateli úrazu stvrzenkou)

Přijetí odměny tímto potvrzují:

_____ razítko a podpis ošetřujícího lékaře

Ošetřující lékař potvrzuje, že ošetřoval pojištěného, který je uveden na první straně tohoto oznámení a zjistil tělesná poškození a zdravotní újmy tohoto druhu a rozsahu:

Kdy došlo (podle zdravotní dokumentace) k prvnímu lékařskému ošetření?	Dne	v	hodin
--	-----	---	-------

Diagnóza vlastního zranění a zevrubný popis tělesného poškození způsobeného úrazem s určením jeho rozsahu:

Odpovídá ošetřované tělesné poškození a jeho rozsah úrazovému ději, jak je uveden na 1. str. tohoto oznámení?	ANO	NE
---	-----	----

RTG nálezy s popisem:

Popište, prosím, podrobně způsob a druh ošetření. U rehabilitace udejte výsledky léčby, jak často a jak dlouho byla prováděna:

Kde byl poraněný hospitalizován?	ANO	NE	Od kdy?	Do kdy?
----------------------------------	-----	----	---------	---------

Předpokládáte, že úraz zanechá trvalé následky?	ANO	NE	Jakého pravděpodobného druhu a rozsahu:

Došlo k úrazu následkem požití alkoholu nebo návykových látek?	ANO	NE
V krvi bylo zjištěno % alkoholu.	O jaký druh návykové látky pravděpodobně šlo?	
Do jaké míry požitý alkohol / návyková látka ovlivnila chování poraněného?		

Byla poraněná končetina nebo orgán již před úrazem postižen(-a)? Jak a v jakém rozsahu:

Došlo-li k prodloužení doby pracovní neschopnosti v důsledku dalších komplikací souvisejících s úrazem, uveďte, prosím, z jaké příčiny a o jaké komplikace šlo:

Skutečná doba pracovní neschopnosti v důsledku úrazu (včetně této komplikace):	Od	Do
--	----	----

Doklad o pracovní neschopnosti u osob nemocensky pojištěných:

Vyplňte u všech pojištěných osob, které jsou nemocensky pojištěny:	
Den vystavení dokladu o pracovní neschopnosti:	Číslo dokladu PN:
Od kdy, do kdy trvala pracovní neschopnost (v případě jejího ukončení):	
V případě trvání pracovní neschopnosti její předpokládaný konec:	
Doklad o pracovní neschopnosti byl zaslán na správu sociálního zabezpečení – adresa:	

Doklad o pracovní neschopnosti pro pojišťovnu Allianz u osob nemocensky nepojištěných:

Vyplňte pouze u osob samostatně výdělečně činných a ostatních osob, které nejsou nemocensky pojištěny:	
Potvrzují, že na základě shora uvedené lékařské zprávy nedovoluje (nedovoloval) pojištěnému jeho zdravotní stav pro shora uvedený úraz vykonávat jeho dosavadní samostatnou výdělečnou činnost (u studentů – studium, u žen na mateřské dovolené – řádnou starost o děti, atd.)	
Pracovní neschopnost trvala:	Od Do
V případě trvání pracovní neschopnosti její předpokládaný konec	

Doklad o době nezbytného léčení u dětí:

Doba skutečného nezbytného léčení:	Od	Do
------------------------------------	----	----

V _____ dne _____

_____ razítko a podpis ošetřujícího lékaře
adresa zdrav. zařízení, telefon