Allianz pojišťovna, a. s.
Římská 103/12, 120 00 Praha 2

Allianz

Oznámení škodné události

Pojištění osob

Úraz s dobou léčení do 28 dní

Doručeno

Pro interní potřeby pojistitele

Pokyny pro pojištěného:
V případě, že je podle pojistné smlouvy (pojistných podmínek) podmínkou plnění denního odškodného, případně denní dávky, vystavení dokladu o pracovní neschopnosti, je třeba **přiložit jeho fotokopii** k tomuto oznámení. Tento formulář neobsahuje část určenou k vyplnění ošetřujícím lékařem. Nezbytné informace je pojistitel oprávněn si ověřit. Vyplněný formulář s případnými přílohami zašlete na shora uvedenou adresu – úsek likvidace pojistných událostí osob. **(Pokud máte k dispozici odbornou zdravotní dokumentaci k úrazu, přiložte, prosím, její fotokopii k formuláři, výrazně tím zkrátíte likvidační šetření).**

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

1. 2. 3.

Příjmení a jméno pojištěného: Rodné číslo: /

Adresa trvalého bydliště včetně PSČ: Telefon / mobil:

Jste:* OSVČ zaměstnanec Pracovní zařazení v době úrazu:

Adresa zaměstnavatele: Telefon / mobil:

Jste pojištěn podle zákona o nemocenském pojištění i pro nemocenské dávky?* ANO NE Jste:* pravák levák

K úrazu došlo dne: hodina: 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? Jak?

Uveďte, prosím, přesný popis poranění a podrobný průběh léčby (lékařem stanovenou diagnózu):

Došlo k úrazu následkem požití alkoholu nebo návykových látek?* ANO NE V krvi bylo zjištěno ‰ alkoholu

RTG proveden:* ANO NE kdy: kde:

V případě fixace: od do druh (sádra, ortéza…)

Kde byl poraněný hospitalizován? od kdy? do kdy? **(přiložte, prosím, fotokopii propouštěcí zprávy)**

Skutečná doba léčení následků úrazu (u pojištěných, kterým se PN nevystavuje): od do

Pracovní neschopnost k úrazu: od do Číslo dokladu PN:

Adresa zdravotnického zařízení které poskytlo první ošetření:

Telefon: Kdy?

Kde jste se léčil následně? (Jména lékařů, adresy, telefony):

Vyšetřovala případ policie? Když ano, uveďte přesnou adresu útvaru, který věc šetřil, pod jakým číslem jednacím, případně telefon a jméno policisty, který věc vyřizoval:

Jste registrovaný sportovec?* ANO NE Pokud ano, uveďte ve kterém sportu a v jaké soutěži:

Prohlášení a souhlas:
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 zdravot. zařízení, u kterých jsem se léčil/a, léčím nebo se budu léčit. Tento souhlas uděluji 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 sociál. zabezp., 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

T. č. 067.02 / 05.2005

* Pozn.: platnou variantu označte křížkem X v rámečku umístěném vpravo od správné varianty