

Oznámení škodné události

Doručeno

Pojištění osob

Úraz

Pro interní
potřeby
pojistitele

Pokyny pro pojištěného:

Oznámení úrazu máte možnost nahlásit způsobem, který Vám bude nejlépe vyhovovat, a to i elektronicky nebo telefonicky.

Elektronické oznámení můžete uskutečnit přes internet, adresa www.allianz.cz/uraz; telefonické oznámení na čísle 224 405 533. V případě oznámení těmito formami formulář nepředkládáte k vyplnění lékaří (neztrácíte čas ani peníze).

Jestliže se rozhodnete pro oznámení úrazu formou tohoto písemného formuláře, postupujte následovně: vyplňte prosím přední stranu formuláře; zadní stranu vyplní odborný lékař (ortoped, chirurg atd.), který Vás léčí. Pokud úraz léčil praktický lékař, vyplní zadní stranu formuláře tento praktický lékař. Na nákladech za vyplnění lékařské zprávy se Allianz pojišťovna, a.s. bude částečně podílet. Vyplněný formulář s případnými přílohami zašlete na shora uvedenou adresu – úsek likvidace pojistných událostí osob.

Příložením kopie zdravotní dokumentace týkající se prvního ošetření a následného léčení úrazu (včetně propouštěcí zprávy v případě hospitalizace) výrazně zkrátíte likvidační šetření.

Uveďte čísla všech pojistných smluv, ze kterých za oznamovaný úraz uplatňujete nárok na pojistné plnění:													
1.													
2.													
3.													
Jméno a příjmení pojištěného:								Rodné číslo:					
K datu vzniku úrazu jste byl: zaměstnanec			OSVČ		Profese:								
Byl jste k datu vzniku úrazu pojištěn podle zákona o nemocenském pojištění i pro nemocenské dávky?* ANO <input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/>													
Došlo k úrazu při výkonu povolání?* ANO <input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/> Pokud ano, přiložte fotokopii záznamu o pracovním úrazu.													
Název a adresa zaměstnavatele (vlastní fy):								Telefon do zaměstnání:					
Adresa trvalého bydliště (včetně PSČ):								Telefon domů / mobil:					
Kontaktní adresa pro tuto škodnou událost:													
E-mail:													
Jméno, příjmení, adresa a telefon současného praktického lékaře:													
K úrazu došlo dne:				hodina:				místo:					
Popište, prosím, souvisle a podrobně jak k úrazu došlo:													
Která část těla byla poraněna?								Jste:*		pravák		levák	
Byla tato část těla postižena či léčena již před úrazem?* ANO <input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/>													
Pokud ano, uveďte v kterém roce a kde probíhalo léčení:													
Adresa zdravotnického zařízení, které poskytlo první ošetření:								Kdy?					
Kde jste se léčil následně? (Jména lékařů, adresy, telefony):													
Vyšetřovala případ policie? Pokud ano, uveďte přesnou adresu útvaru, který věc šetřil, pod jakým číslem jedná, případně telefon a jméno policisty, který věc vyřizoval:													
Jména a adresy svědků úrazu:													
Byl jste k datu vzniku úrazu registrovaný sportovec?* ANO <input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/> Pokud ano, uveďte ve kterém sportu a v jaké soutěži:													
Byl jste k datu vzniku úrazu úrazově pojištěn/a i v jiných komerčních pojištoven?* ANO <input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/> Pokud ano, u kterých?													

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 pojišťovna zjišťovala a přezkoumávala 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 pojišťovně, a proto zprostředkují povinnosti mlčenlivosti dotazované lékaře a pracovníky zdravotnických zařízení.

Souhlasím též s tím, aby si pojišťovna vyžádala 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 pojišťovna 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 pojišťovna tyto údaje o zdravotním stavu zpracovávala po celou dobu trvání nároků z tohoto pojištění.

Plnění poukážte na účet: _____

V _____ dne _____

podpis pojištěného, zákonného zástupce
(oprávněné osoby)

Lékařská zpráva ošetřujícího lékaře a doklad o pracovní neschopnosti

Ošetřující lékař potvrzuje, že ošetřoval pojištěného, a zjistil tělesná poškození a zdravotní újmy v uvedeném rozsahu:

Iméno a příjmení pojištěného:	rodné číslo:																							
Datum vzniku úrazu:																								
Kdy došlo (podle zdravotní dokumentace) k prvnímu lékařskému ošetření?										Dne					v					hodin				
Kde bylo provedeno první ošetření? Uvedte, prosím, jméno a příjmení lékaře a adresu zdravotnického zařízení:																								
Co uvedl poraněný při prvním ošetření jako příčinu úrazu?																								

Došlo k úrazu následkem požití alkoholu nebo návykových látek?*										ANO		NE									
V krvi bylo zjištěno										‰ alkoholu.		V případě návykové látky – o jaký druh pravděpodobně šlo?									
Příznaky požití alkoholu nebo návykových látek a do jaké míry požitý alkohol / návyková látka ovlivnila chování poraněného:																					
Bylo příčinou úrazu úmyslné sebepoškození nebo pokus o sebevraždu?*										ANO		NE									

Diagnóza vlastního zranění a přesný popis tělesného poškození způsobeného úrazem s určením jeho rozsahu:																			
Podrobně, prosím, popište způsob léčby:																			

*RTG		CT		MR		jiné speciální vyšetření – jaké?													
Provedeno kdy:										kde:									
Přesný opis nálezů:																			
V případě fixace – druh:										od					do				
Rehabilitace – způsob RHB léčby a počet absolvovaných procedur; adresa RHB zařízení:																			
Délka RHB léčby: od										do									

Kde byl zraněný hospitalizován?										Od kdy?					Do kdy?						
Přiložte, prosím, kopii propouštěcí zprávy.																					
Předpokládáte, že úraz zanechá trvalé následky?*										ANO		NE		Jakého druhu a rozsahu:							

Byla poraněná část těla již před úrazem postižena? Kdy a v jakém rozsahu:																			
Došlo-li k prodloužení doby nezbytného léčení v důsledku komplikací souvisejících s úrazem, uveďte, prosím, o jaké komplikace šlo a jejich léčbu (od – do):																			
Skutečná doba nezbytného léčení v důsledku úrazu (včetně komplikací): od										do									

Doklad o pracovní neschopnosti u osob nemocensky pojištěných:																			
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:																			

Potvrzení o nezbytné délce léčení u pojištěných, kterým se nemocenské dávky nevyplácejí (OSVČ nemocensky nepojištěné, studenti, děti, atd.) nebo se u nich podle pojistných podmínek doklad o pracovní neschopnosti nevyžaduje:

Doba nezbytného léčení: od										do									
----------------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	----	--	--	--	--	--	--	--	--	--

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

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