

## Oznámení škodné události

Číslo škodné události

--



Cestovní pojištění a asistenční služby

## Úraz

Doručeno:

### Pokyny pro pojištěného:

1. Nárok na pojistné plnění denního odškodného za průměrnou dobu léčení následku úrazu vzniká, pokud je skutečná doba nezbytného léčení následku úrazu alespoň 8 dnů.
2. Vyplňte, prosím, přední stranu. Rubovou stranu vyplní odborný lékař (např. orthoped, chirurg, apod.), který daný úraz léčí. Jestliže úraz léčí pouze praktický lékař, vyplní rubovou stranu on.
3. Příložením fotokopii zdravotní dokumentace týkající se léčení úrazu urychlíte likvidační řízení.
4. 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:				E-mail:				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 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 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 pojistiteli, a proto zpouštím povinnosti mlčenlivosti dotazované lékaře a pracovníky zdravotnických zařízení. Souhlasím též s tím, aby si pojistitel vyžádal i jiné informace nezbytné ke stanovení rozsahu pojistného plnění (od policie, soudu 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 jméno a adresu: \_\_\_\_\_  
na korunový účet: \_\_\_\_\_

V \_\_\_\_\_ dne \_\_\_\_\_

podpis pojištěného (jeho zákonného zástupce,  
pojistníka, 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 nález s popisem:

Popište, prosím, podrobně způsob a druh ošetření. U <b>rehabilitace</b> 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:

<b>Vyplňte u všech pojištěných osob, které jsou nemocensky pojištěny:</b>	
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:

<b>Vyplňte pouze u osob samostatně výdělečně činných a ostatních osob, které nejsou nemocensky pojištěny:</b>		
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