

OZNÁMENÍ POJISTNÉ UDÁLOSTI Z ÚRAZOVÉHO POJIŠTĚNÍ

Pojistník - název IČO:	Číslo pojistné smlouvy, ze které si uplatňujete nárok na pojistné plnění	
Pojištěný – příjmení, jméno	Druh pojištění	
Adresa:	Datum narození	tel. č.
Povolání (uvedte současné povolání)	Adresa zaměstnavatele	

Uvedte jméno a adresu Vašeho lékaře a případně odborných lékařů, kteří mají záznamy o Vašem zdravotním stavu:	
Datum a hodina, kdy došlo k pojistné události:	
Místo vzniku pojistné události:	
Místo, adresa prvního lékařského ošetření	
Opište podrobně způsob a okolností vzniku úrazu:	
Která část těla byla poraněná?	
Byla poraněná část těla už před úrazem funkčně poškozená? ano <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/>	
K úrazu došlo při: <input type="checkbox"/> pracovní činnosti <input type="checkbox"/> mimopracovní činnosti <input type="checkbox"/> sportovní činnosti	
Jestli došlo k úrazu při sportovní činnosti, uveďte druh sportu, který vykonáváte:	
Jste registrovaný v sportovním klubu? ano <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> Jestli ano, uveďte název a přesnou adresu:	
K úrazu došlo při: <input type="checkbox"/> tréninku <input type="checkbox"/> soutěži <input type="checkbox"/> rekreačním sportovním	
Jde-li o úraz při dopravní nehodě, uveďte jména a adresy svědků:	
Jde-li o úraz v motorovém vozidle, uveďte druh a typ vozidla:	ŠPZ:
Jméno a adresa majitele vozidla:	
Jméno a adresa řidiče:	
Byli zraněni i jiné spolucestující osoby? ano <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> Jestli ano, uveďte jména a adresy:	
Vyšetřoval událost orgán policie? ano <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> Jestli ano, uveďte adresu:	
Byla udělána zkouška na hladinu alkoholu v krvi? ano <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/>	
Úrazové pojištění mám i v jiné pojišťovně: ano <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> Jestli ano, uveďte přesný název a adresu pojišťovny:	
Plnění žádám poukázat na adresu: nebo účet č.: veden v:	

Prohlašuji, že veškeré údaje uvedené v tomto oznámení jsou pravdivé a nic nebylo zamlčeno. Jsem si vědom, že nepravdivost odpovědí může zbavit pojišťovnu povinnosti plnění. Zmocňuji Union pojišťovnu, a.s. k výkonu administrativních a právních úkonů potřebných k šetření a k likvidaci události.

Podle § 5 zákona č. 101/2000 Sb. o ochraně osobních údajů podpisem tohoto oznámení pojistné události dávám souhlas Union pojišťovny, a.s. ke zpracování svých osobních údajů, uvedených v tomto oznámení, za účelem likvidace pojistné události. Souhlas je daný na dobu neurčitou a je možné ho kdykoliv písemně odvolat. Odvolání souhlasu nemá zpětný účinek.

V dne

.....
podpis pojištěného (pojistníka, oprávněné osoby)

ZPRÁVA OŠETŘUJÍCÍHO LEKÁŘE

Odpovídá rozsah tělesného poškození úrazovému ději, který je uveden v tomto oznámení?	ano <input type="checkbox"/>	ne <input type="checkbox"/>
Kdy došlo (dle zdravotní dokumentace) k prvnímu lékařskému ošetření?	dne	ohod
Diagnóza vlastního zranění (dle MKCH-10), uveďte případnou změnu diagnózy v průběhu léčby:		
Uveďte podrobný opis tělesného poškození způsobeného úrazem s určením jeho rozsahu:		
RTG nález s opisem:		
Způsob a druh ošetření (podrobně opište):		
Podle zjištěné diagnózy tělesného poškození (bez přihlídnutí k osobním zdravotním odchylkám pacienta na vplyv předešlého onemocnění) uveďte: Předpokládaný čas nevyhnutného léčení je týdnů Nevyhnutná doba léčby trvala: od: do: Skutečný čas nevyhnutného léčení úrazu: od: do:		

Byl poraněn úd nebo orgán už před úrazem funkčně postižený? V jakém rozsahu?	ano <input type="checkbox"/>	ne <input type="checkbox"/>
Byl průběh léčby úrazu komplikovaný?	ano <input type="checkbox"/>	ne <input type="checkbox"/>
Jestli nastaly komplikace, uveďte druh a příčinu jejich vzniku:		
Kde byl pacient hospitalizován? Uveďte adresu nemocničního zařízení:		
Jméno ošetřujícího lékaře:		
Hospitalizace v souvislosti s úrazem trvala od: do:		
Jaké trvalé následky a v jakém rozsahu předpokládáte, že úraz zanechá?		
Vznikl úraz následkem požití alkoholu nebo toxických látek? Jestli ano, o jaké toxické látky šlo? Zjištěny ‰ alkoholu v krvi:	ano <input type="checkbox"/>	ne <input type="checkbox"/>

POTVRZENÍ O DOČASNÉ PRACOVNÍ NESCHOPNOSTI

Den vystavení dokladu o pracovní neschopnosti (PN): číslo dokladu PN:
Pracovní neschopnost trvala od: do:

V dne:

.....
razítko a podpis ošetřujícího lékaře