Oznámení škodné události z pojištění léčebných výloh z úrazového pojištění

Otisk razítka, datum a podpis příjemce

Číslo pojistné smlouvy

Datum platnosti pojištění od: **do:**

Pojištěný:

RČ /Datum nar.: **Jméno a příjmení:**

Ulice, č. popisné:

Obec: **PSČ:**

Email: **Telefon:**

Žadatel: **vyplňte v případě, že pojištěný není shodný se žadatelem**

RČ /Datum nar.: **Jméno a příjmení:**

Ulice, č. popisné:

Obec: **PSČ:**

Email: **Telefon:**

Údaje o škodné události:

Datum a hodina vzniku (popř. časový interval):

Místo vzniku:

Místo: **Stát:**

Doplňující údaje o místu události:

Příčina vzniku škodné události - podrobný popis činnosti a okolností:

Pojištění léčebných výloh

Která část těla pojištěného byla poraněna, jak se projevilo náhlé onemocnění?

Trpěl pojištěný již před počátkem pojištění tímto onemocněním? **Ano** ☐ **Ne** ☐

Byla kontaktována asistenční služba (kdo, kdy)? **Ano** ☐ **Ne** ☐

Název a adresa zdravotnického zařízení, které poskytlo první pomoc (či kde se pojištěný léčil):

Dopravu pojištěného do zdravotnického zařízení v cizině provedl?

Dopravu pojištěného do místa pobytu provedl?

Byla škodná událost způsobena třetí osobou? **Ano** ☐ **Ne** ☐

Byla škodná událost šetřená policií?
Pokud Ano, uveďte kdo případ vyšetřoval a přiložte policejní zprávu **Ano** ☐ **Ne** ☐

Náklady na škodnou událost:

Vzniklé náklady prokazuji těmito doklady a doklady o úhradě:

Popis dokladu (účet za léčení, léky, dopravu nebo uveďte ostatní)	**Výše nákladů**	**Měna**
Ošetření:		
Léky:		
Doprava:		
Ostatní:		
Celkem:		

Pojištěný náklady nehradil - úhradu nákladů požaduje zdravotnické zařízení v celkové částce a měně:

Pojištěný náklady hradil a uplatňuje úhradu nákladů v celkové částce a měně:

na bankovní účet č.

Úrazové pojištění

Vznikla škoda při provozování sportu: **Ano** ☐ **Ne** ☐

Došlo ke škodné události pod vlivem alkoholu nebo jiných návykových látek? **Ano** ☐ **Ne** ☐

Došlo ke škodné události při dopravní nehodě? **Ano** ☐ **Ne** ☐

Bude nebo byl uplatněn nárok na pojistné plnění u jiného pojistitele? **Ano** ☐ **Ne** ☐ **Pokud Ano, u kterého?**

Oznámil jste škodu asistenční službě? **Ano** ☐ **Ne** ☐

Název a adresa zdravotnického zařízení, ve kterém bylo poskytnuto první ošetření, případně další léčba:

	od:	do:

Uveďte informace o všech zdravotnických zařízeních, kde jste byl/a (nebo stále jste) v souvislosti s úrazem ošetřen/a, léčen/a nebo hospitalizován/a:

	od:	do:
Jméno lékaře:	Odbornost:	

Uveďte informace o všech zdravotnických zařízeních, kde jste byl/a (nebo stále jste) v souvislosti s úrazem ošetřen/a, léčen/a nebo hospitalizován/a:

	od:	do:
Jméno lékaře:	Odbornost:	

Kdo a kde zjistitl trvalé následky:

	od:	do:
Jméno lékaře:	Odbornost:	

Jaké zranění jste následkem úrazu utrpěl/a?

Která část těla byla poraněna?

Jak se trvalé následky projevují?

Měl(a) jste viditelné známky zranění (rány, pohmožděniny apod.)?
Pokud Ano, popište. **Ano** ☐ **Ne** ☐

U končetin a párových orgánů označte stranu: **Pravá** ☐ **Levá** ☐

Dominantní horní končetina je: **Pravá** ☐ **Levá** ☐

Byla tato část těla postižena již před úrazem? **Ano** ☐ **Ne** ☐

Utrpěl(a) jste již v minulosti podobný úraz?
Pokud Ano, popište. **Ano** ☐ **Ne** ☐

Poruchy zdraví před úrazem a jejich souvislosti s úrazovým poškozením:

V případě úrazu s následkem smrti, prosíme, přiložte ověřenou kopii úmrtního listu a kopii lékařské zprávy o příčině smrti.

Doplňující poznámky:

Číslo účtu pro případné pojistné plnění:

Peněžní ústav:	Číslo účtu:	Kód banky:

Počet příloh:

Prohlašuji, že jsem všechny otázky zodpověděl/a pravdivě a úplně a jsem si vědom/a důsledků nesprávných, zkreslených nebo neúplných odpovědí pro povinnost pojistitele poskytnout pojistné plnění.
Souhlasím, aby si pojistitel vyžádal veškerou dokumentaci o zdravotním stavu a průběhu léčení pojištěného pro potřeby šetření škodné události a zprošťuji lékaře slibu mlčenlivosti. Dále zmocňuji lékaře, zdravotnická zařízení a zařízení poskytující zdravotní péči k vyhotovení lékařských zpráv, výpisu ze zdravotnické dokumentace či k jejich zapůjčení.
Rovněž souhlasím, aby si pojistitel pro potřeby šetření škodné události vyžádal potřebné doklady u policie, správních orgánů a jiných pojišťoven.

V ______________________ dne ________________________ ____________________________________

podpis pojištěného nebo žadatele