

Vyplňte čísla všech pojistek úrazového pojištění

### Pojistník

Příjmení		Jméno	
Titul	Rodné číslo	Telefon (8 - 17 hodin)	
Ulice			
Č.p.	PSČ	Obec	

### Pojištěný

(osoba, která utrpěla úraz)

Příjmení		Jméno	
Titul	Rodné číslo	Telefon (8 - 17 hodin)	
Ulice			
Č.p.	PSČ	Obec	
Povolání		<input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne	Vedlejší činnost za úhradu

### Všeobecné údaje

Prosím vyplňte oznámení ve všech kolonkách, podepište a zašlete pojistiteli.  
Po ukončení léčení nechte vyplnit zprávu ošetřujícího lékaře, přiložte požadované podklady a zašlete pojistiteli.

#### Datum úrazu

dne  v hod.  v místě

#### Popis činnosti a okolností za kterých došlo k úrazu

#### Která část těla byla poraněna?

#### Byla tato část poraněna již dříve?

ano  ne

#### Jedná se o pracovní úraz?

ano  ne

#### Adresa zaměstnavatele

#### Došlo k úrazu při sportu?

ano  ne druh sportu

#### Uvedte na jaké úrovni (v jaké soutěži) tento sport provozujete?

#### Název organizace, kde jste registrován:

#### Jaký sport ještě provozujete?

na jaké úrovni

#### Adresa zdravotnického zařízení, které poskytlo první ošetření

datum ošetření  čas ošetření

#### Jméno a adresa prakt. lékaře, kde máte kompletní zdravotní dokumentaci

#### Název zdravotní pojišťovny

#### Jste pojištěn u jiné pojišťovny pro případ úrazu?

ano  ne název, adresa

#### Konsumoval jste v posledních 12 hodinách před úrazem alkohol?

ano  ne jaký, v jakém množství

#### Pojistné plnění poukažte na nebo na adresu

kód banky  č. účtu  spec. symbol

### Prohlášení:

Souhlasím, aby si pojistitel vyžádal veškerou dokumentaci o mém zdravotním stavu a průběhu léčení pro potřeby šetření škodné události a zproštuji lékaře slibu mlčenlivosti. Rovněž souhlasím, aby si pojistitel vyžádal potřebné podklady u policie, správních orgánů a jiných pojišťoven pro potřeby šetření škodné události. Podpisem potvrzuji, že jsem všechny dotazy odpověděl/a úplně a pravdivě a jsem si vědom/a důsledků hrubě zkreslených nebo neúplných odpovědí na povinnost pojistitele plnit. Prohlašuji, že souhlasím, aby pojistitel zpracovával mé osobní údaje ve smyslu zákona č. 101/2000 Sb., o ochraně osobních údajů.

