

## Oznámení škodné události

Číslo  
škodné  
události

--

## Cestovní pojištění a asistenční služby

## Úraz

Doručeno:

Číslo pojistné smlouvy	
------------------------	--

1. Příjmení a jméno pojištěného		Žena		Muž
2. Datum narození		Rodné číslo		/
3. Bydliště pojištěného		PSČ		
4. Kontaktní adresa				
5. Kontaktní telefon		E-mail		
6. Povolání				
7. Jméno kontaktní osoby / zák. zástupce u dítěte		Telefon		
8. Adresa				

9. Datum vzniku úrazu		Místo		Země
10. Příčina vzniku škody		Sport – jaký		Organizovaná soutěž / závod – uveďte kým
		dopr. nehoda		Jiná – uveďte
11. Jste registrovaný sportovec		ANO	NE	Ve kterém sportu V jaké soutěži
12. Hlášeno na policii		ANO	NE	Přílože policejní protokol
13. Jména a adresy případných svědků				
14. Další úrazové pojištění u Allianz pojišťovny, a. s.		ANO	NE	Uveďte čísla pojistek
15. Uplatňujete tuto škodu u jiné instituce		ANO	NE	Název instituce

16. Popis vzniku úrazu				
17. Která část těla byla poraněna				
18. Byla tato část těla léčena již před tímto úrazem		ANO	NE	Jak?
19. Datum prvního ošetření		Kde (název a adresa zdravotnického zařízení)		
20. Data následné léčby		Kde (název a adresa zdravotnického zařízení)		

Přikládám		Lékařskou zprávu		Kopie potvrzení o pracovní neschopnosti
		Policejní protokol		

Dle Všeobecných pojistných podmínek pro cestovní pojištění je pojištěný povinen na žádost pojistitele zajistit na vlastní náklady úřední překlad dokladů nezbytných k šetření pojistné události.

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 prozkoumával 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 zprošťuji 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.

Pojistné plnění poukažte na

Příjmení a jméno		Rodné číslo		/
Adresa		PSČ		
Korunový účet		Kód banky		Specifický symbol
V		dne		Podpis pojištěného
Jméno a podpis zákonného zástupce u dětí / pojistníka				

# Lékařská zpráva ošetřujícího lékaře

(ošetřující lékař potvrzuje, že ošetřoval pojištěného, a zjistil tělesná poškození a/nebo zdravotní újmy tohoto druhu a rozsahu)

1. Jméno a příjmení pacienta										Datum narození									
2. Jméno a příjmení ošetřujícího lékaře																			
3. Adresa ošetřujícího lékaře										Telefon									
4. Jste stálým lékařem pojištěného					ANO					NE					Odkdy				
5. Datum prvního lékařského ošetření					.					.					Kde				
6. Hospitalizace					ANO					NE					od do Kde				
7. Diagnóza																			
8. Datum skutečného nezbytného léčení																			

9. Došlo k úrazu po požití alkoholu					ANO					NE					V krvi bylo zjištěno % alkoholu				
10. Došlo k úrazu po požití návykových látek					ANO					NE									
11. Zevrubný popis tělesného poškození způsobeného úrazem a určení jeho rozsahu																			
12. Popis RTG nálezu																			
13. Odpovídá ošetřovaný úraz a jeho rozsah ději popsanému na 1. str. tohoto oznámení										ANO					NE				

14. Podrobný popis ošetření, léčby, rehabilitace																			
15. Byla provedena operace					ANO					NE					Kdy Jaká				
16. rehabilitace od										do									
17. Byla poraněná končetina / orgán již dříve postižena					ANO					NE					Jak				
18. Předpokládáte trvalé následky úrazu					ANO					NE					Jaké				
19. Byl pacient v prac. neschopnosti (PN)					ANO					NE					od do Číslo dokladu PN				
20. Skutečná doba PN v důsledku úrazu										od do									

V										dne										Razítko a podpis ošetřujícího lékaře									
Souhlasím s tím, aby ošetřující lékař odpověděl na dotazy Allianz pojišťovny o zdravotních potížích, které jsou důvodem zrušení cesty																													
V										dne										Podpis pojištěného / zákonného zástupce									