

Oznámení o úrazu

pojistná smlouva č.:



GLT5020011



Generali Pojišťovna a.s.
Bělehradská 132
120 84 Praha 2
Česká republika
Infolinka 800 150 155
(dále jen „pojistitel“)

Vyplňte, prosím, první stranu formuláře, druhou stranu vyplní ošetřující lékař.

Nepřehlédněte:

- Při komunikaci s pojišťovnou (v každém sdělení nebo dotazu) je vždy nutné **uvést číslo Vaší pojistné smlouvy**. V případě nejasností či dotazů je Vám k dispozici naše modrá linka 844 188 188.
- Každý úraz nahlášte neprodleně. Po úrazu ihned vyhledejte lékařskou pomoc a v léčení pokračujte až do jeho skončení. Další práva a povinnosti spojené se vznikem škodné události jsou uvedeny ve všeobecných pojistných podmínkách platných pro Vaši smlouvu.
- Pro posouzení škodné události je nutné předložit všechny doklady, které si pojistitel vyžádá (např. v případě hospitalizace: kopie propouštěcí zprávy, v případě operace: kopie operačního protokolu). Pokud Vám byla vystavena pracovní neschopnost, předložte kopii „Potvrzení pracovní neschopnosti“.

| Pojistník | Pojištěný (není-li totožný s pojistníkem) |
|--|---|
| příjmení, jméno, titul (příp. obchodní firma, název) 151 | příjmení, jméno, titul 157 |
| rodné číslo (příp. IČ) nebo datum narození 152 | rodné číslo nebo datum narození 158 |
| telefonní spojení 153 | telefonní spojení 159 |
| ulice, číslo popisné a orientační 154 | ulice, číslo popisné a orientační 160 |
| PSČ 155 | PSČ 161 |
| obec - část obce 156 | obec - část obce 162 |

| | |
|---|--|
| současné, příp. i vedlejší povolání pojištěného 163 | praktický lékař pojištěného (jméno, adresa, telefon) 165 |
| Jste-li v současné době nezaměstnaný/á, uveďte od kdy (přesné datum): 164 | |

Při jaké činnosti k úrazu došlo: 166 v zaměstnání 167 v domácnosti 168 ve volném čase 169 při dopravní nehodě 170 při jiné činnosti

172 při sportu, jakém: 173 ve které soutěži: 174 jste-li registrovaným sportovcem, od kdy: 175

datum a hodina, kdy k úrazu došlo 176 : 177 kde k úrazu došlo 178

Podrobný a přesný popis okolností úrazu (jak k úrazu došlo, jaké je zranění a jaká část těla je poraněna): 179

| | |
|--|--|
| Kdy a kterým lékařem Vám byla poskytnuta první pomoc (jméno, adresa, telefon)? 180 | Orgán Policie ČR, který provádí vyšetřování, nutno přiložit kopii policejního protokolu: 182 |
| Ošetřující lékař v době úrazu (jméno, adresa, telefon): 181 | Byl/a-li jste hospitalizován/a, uveďte údaje nemocnice (adresa, oddělení)? 183 |

1. Byl/a jste již před oznamováním úrazem stížen/a tělesnou nebo smyslovou nemocí nebo vadou? 184 ano 185 ne Jakou? 190

2. Pobíráte invalidní důchod? 187 nepobírám 188 ano, částečný 189 ano, plný pokud ano, od kterého data 192

3. Případné pojistné plnění si přejete poukázat na: 191 účet číslo účtu 193 / kód banky 195

194 na adresu

Prohlášení pojištěného / pojistníka
Jsem si vědom/a své povinnosti pravdivě a úplně odpovědět na všechny dotazy pojistitele a uvést vřk od pojistné smlouvy odstoupit, snížit nebo odmítnout pojistné plnění. Zprošřuji státní zastupitelství, polici a další orgány činné v trestním řízení, hasičský záchranný sbor, lékaře, zdravotnická zařízení, nebo záchrannou službu povinnosti mlčenlivosti. Současne zmocňuji pojistitele, resp. jím pověřenou osobu, aby ve všech řízeních spisů, zhotovovat z nich kopie či vypsaly.
Zavazuji se informovat pojistitele o ošetřujících lékařích a zdravotnických zařízeních a zjišťovat od nich: mu poskytnout veškeré informace shromážděné ve zdravotnické k.
Zprošřuji mlčenlivosti a zmocňuji tímto ošetřujícího lékaře, zdravotnická zařízení, zdravotní pojišťovnu, aby si od lékařů a zdravotnických zařízení vyžadoval nutné informace o mém zdravotním stavu poskytnuta lékaři a zdravotnickými zařízeními z veřejného zdravotního pojištění. Zároveň souhlasím s tím, aby pojistitel v případě potřeby ověřoval, zda pobírám invalidní důchod.
Zmocňuji pojistitele k nahlédnutí do podkladů jiných pojištění a veškerých rozhodujících podkl. dobu po mé smrti.
Beru k.
Souhlasím s tím, aby mé osobní údaje (adresní a identifikační) a údaje o zdravotním stavu byly zpracovány správcem Generali Pojišťovna a.s., Bělehradská 132, 120 84 Praha 2, Česká republika a jeho smluvními partnery (zejména pojišťovacími zprostředkovateli) splňujícími podmínky zákona č. 101/2000 Sb., o ochraně osobk. nezbytné nutnou k zajištění práv a povinností plynoucích ze závazkového právního vztahu a dále po dobu vyplývající z obecně závazných právních předpisů.
Souhlasím s předáváním a poskytováním osobních údajů a údajů o zdravotním stavu subjektům mezinárodního koncernu Generali a zajišťovacími partnerům, pro účely a dobu uvedenou v předchozí větě.
Prohlašuji, že jsem byl/a ve smyslu zákona č. 101/2000 Sb., informován/a k.
šich právech dle tohoto zákona. Zavazuji se, že bez zbytečného odkladu nahlásím jakoukoliv změnu zpracovávaných údajů.
kodné události, zejména ty, které si pojistitel vyžádá.
dajům, jakož i o dal-

| | |
|---|---------------------------------|
| jméno a příjmení pojistníka 196 | <input type="text"/> 197 |
| Je-li jím právnická osoba, pak osoby oprávněné jednat za pojistníka 198 | <input type="text"/> 199 |
| jméno a příjmení pojištěného 200 | podpis <input type="text"/> 201 |
| Zákonného zástupce v případě nezletilosti pojištěného 200 | <input type="text"/> |
| r.č. zák. zástupce nezletilého pojištěného 200 | místo <input type="text"/> 201 |
| <input type="text"/> | dne <input type="text"/> 202 |

50.20.01 11.2004 verze 01

Oznámení o úrazu zpráva ošetřujícího lékaře

pojistná smlouva č.:



GLT5020011



Generali Pojišťovna a.s.
Bělehradská 132
120 84 Praha 2
Česká republika
Infolinka 800 150 155
(dále jen „pojistitel“)

příjmení, jméno, titul (příp. obchodní firma, název) pojištěného

157

rodné číslo nebo datum narození pojištěného

158

první lékařské ošetření (datum, adresa zdrav. zařízení, jméno lékaře)

203

popis poranění

205

způsob léčení

206

RHB (průběh, délka od - do)

207

diagnóza - nutno vyplnit i číslo diagnózy:

208

číselné označení diagnózy:

| | | | | |
|-------------------------------|----|----|--|-----------------------|
| pracovní neschopnost | od | do | práce schopen od | č. prac. neschopnosti |
| pobyt v nemocnici | od | do | V případě hospitalizace přiložte, prosím, kopii propouštěcí zprávy + operační vložky v případě operace. | |
| doba nezbytného léčení | od | do | | |

Pokud došlo k prodloužení doby léčení, uveďte prosím důvod a o jaké komplikace šlo.

210

rozsah postižení poraněné části před úrazem a jeho souvislost s úrazem

211

jiné poruchy zdraví před úrazem a jeho souvislost s úrazem

212

Případné degenerativní změny, v kterém roce byly zjištěny?

213

Došlo k úrazu následkem požití alkoholu nebo jiných návykových látek?

ne ano

214

215

Jaké byly příznaky?

216

V krvi bylo zjištěno %e alkoholu. O jaký druh návykové látky pravděpodobně šlo?

217

218

Bylo příčinou úrazu sebepoškození?

ne ano

219

220

Předpokládáte, že úraz zanechá trvalé následky?

ne ano

221

222

223

Jakého druhu a rozsahu?

datum

místo

225

razítko a podpis ošetřujícího lékaře

226