

# Oznámení o úrazu – ČRDM



1. pojistná smlouva číslo:

2. pojistná smlouva číslo:

3. pojistná smlouva číslo:

Pečlivě vyplňte tento formulář a přiložte kopii lékařské zprávy z prvního ošetření a další lékařské zprávy o průběhu léčení úrazu. Vyplněný formulář včetně příloh zašlete na adresu: **Generali Pojišťovna a.s., P. O. Box 151, 657 51 Brno 2.**

## 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 náš clientský servis 244 188 188.
- Každý úraz nahláste neprodleně, tj. do 14 dnů od vzniku úrazu, a to písemnou formou. Po úrazu ihned vyhledejte lékařskou pomoc a v léčení pokračujte až do jeho skončení.
- Další práva a povinnosti spojené se vznikem škodní události jsou uvedeny ve všeobecných a zvláštních pojistných podmínkách platných pro vaši smlouvu.
- Pro posouzení škodní události je nutné předložit všechny doklady, které si pojistitel vyžádá (např. v případě hospitalizace: kopii propouštěcí zprávy, v případě operace: kopii operačního protokolu, v případě pracovní neschopnosti: kopii dokladu o pracovní neschopnosti (dle platné legislativy).

## Pojistitel

Generali Pojišťovna a.s., Bělehradská 299/132, Vinohrady, 120 00 Praha 2, zapsaná v OR vedeném Městským soudem v Praze, spisová značka B 2866, IČO: 61859869, DIČ: CZ699001273, generali.cz. Společnost je členem Skupiny Generali, zapsané v italském registru pojišťovacích skupin, vedeném IVASS.

## Pojištěný

příjmení, jméno, titul

rodné číslo

Vyplněním TIN/DIČ

prohlašuji, že jsem daňovým rezidentem mimo území České republiky.

Uveďte stát, jehož jste daňovým rezidentem

povolání – oblast podnikání k datu úrazu

Jste:

 pravák levák

### Adresa pro účely vyřizování této pojistné události:

ulice

č. popisné/orientační

obec – část obce

PSČ

e-mail

(Uvedením e-mailové adresy pojištěný / oprávněná osoba / zákonný zástupce souhlasí pro účely vyřizování této pojistné události s komunikací prostřednictvím tohoto e-mailu.)

telefon

## Údaje o úrazu (Nestačí-li pro požadované údaje místo v předtištěných kolonkách, uveďte je na samostatném listu, který přiložte k tomuto formuláři.)

datum a čas úrazu

místo úrazu

Kód úrazu:

a) typ akce

b) místo

c) činnost

podrobný popis průběhu a okolností úrazu

Došlo k úrazu při výkonu povolání?

 ano ne

poraněná část těla

Byla postižena již před úrazem?

 ano ne

adresa zdravotnického zařízení, které vám poskytlo první ošetření

datum prvního ošetření

adresa zdravotnického zařízení, ve kterém byl váš úraz léčen

název (kód) vaší zdravotní pojišťovny

jméno a adresa vašeho praktického lékaře

## Potvrzení členské organizace, že pojištěný je osobou, na kterou se vztahuje pojistná smlouva ČRDM, a že k jeho úrazu došlo při pojištěné činnosti

IČO

název organizace a kým byla činnost organizována (oddíl, kmen apod.)

IČO

název hlavního spolku (V případě, že k úrazu došlo při aktivitách pobočného spolku, vyplňte prosím také IČO a název hlavního spolku.)

Při jaké činnosti (např. sportovní, volnočasové) se úraz stal?

### Potvrzení vystavil:

příjmení, jméno

telefon

e-mail

datum

podpis osoby, která vystavila potvrzení



## Způsob výplaty plnění

**Pojistné plnění poukážte na (uvedte pouze jednu z možností):**

na účet číslo

kód banky

specifický symbol

na adresu

**Zákonný zástupce jako příjemce pojistného plnění pro nezletilou nebo nesvéprávnou osobu**

(Jste-li zákonným zástupcem takové osoby, např. rodičem, nebo opatrovníkem, uveďte své jméno a příjmení a níže se podepište.)

## Přiložené dokumenty

- |  |   |   |   |
|--|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> propouštěcí zpráva                | <input type="checkbox"/> operační protokol        | <input type="checkbox"/> usnesení policie | <input type="checkbox"/> záznam policie nebo jiného státního orgánu o dopravní nehodě |
| <input type="checkbox"/> zdravotní dokumentace             | <input type="checkbox"/> fotokopie úmrtního listu | <input type="checkbox"/> pitevní protokol | <input type="checkbox"/> doklad o ohledání mrtvého                                    |
| <input type="checkbox"/> výsledek RTG / CT / MRI vyšetření | <input type="checkbox"/> výpis z matriky          | <input type="checkbox"/> jiné             | <input type="text"/>  |

## Prohlášení

Jsem si vědom své povinnosti pravdivě a úplně odpovědět na všechny dotazy pojistitele a uvést všechny informace, i ty, které se mi jeví jako nepodstatné. Beru na vědomí, že při porušení těchto povinností má pojistitel právo od pojistné smlouvy odstoupit, snížit nebo odmítnout pojistné plnění. Zprošťuji státní zastupitelství, policii a další orgány činné v trestním řízení, hasičský záchranný sbor, lékaře, zdravotnická zařízení nebo záchrannou službu povinnosti mlčenlivosti. Současně zmocňuji pojistitele, resp. jím pověřenou osobu, aby ve všech řízeních probíhajících v souvislosti se škodní událostí mohl nahlížet do soudních, policejních, zdravotních, případně jiných úředních spisů a zhotovovat z nich kopie či výpisy.

Zavazuji se informovat pojistitele o ošetřujících lékařích a zdravotnických zařízeních a získávat od nich pojistitelem požadované zprávy. Zároveň pojistiteli uděluji souhlas k nahlázení do zdravotnické dokumentace a dále se zavazuji mu poskytnout veškeré informace shromážděné ve zdravotnické dokumentaci vedené o mé osobě v jiných zápisech, které se vztahují k mému zdravotnímu stavu, nebo že jejich poskytnutí zajistím.

Zprošťuji mlčenlivosti a zmocňuji tímto ošetřujícího lékaře, zdravotnická zařízení, zdravotní pojišťovny a orgány správy sociálního zabezpečení k poskytnutí informací a dokladů ze zdravotnické dokumentace; dále pojistitele zmocňuji, aby si od lékařů a zdravotnických zařízení vyžadoval nutné informace o mém zdravotním stavu bez obsahového omezení. Zavazuji se zajistit na výzvu pojistitele bezodkladně veškeré informace o zdravotní péči, která mi byla poskytnuta lékaři a zdravotnickými zařízeními z veřejného zdravotního pojištění. Zároveň souhlasím s tím, aby pojistitel v případě potřeby ověřoval, zda pobírám invalidní důchod. Beru na vědomí, že odchýlně od všeobecných a zvláštních pojistných podmínek platných pro sjednané druhy pojištění se ujednává: plným invalidním důchodem se rozumí plný invalidní důchod a invalidní důchod pro invaliditu III. stupně podle platných předpisů o sociálním zabezpečení, částečným invalidním důchodem se rozumí částečný invalidní důchod a invalidní důchod pro invaliditu II. a I. stupně podle platných předpisů o sociálním zabezpečení.

Souhlasím s tím, aby mé osobní údaje, resp. osobní údaje osoby, jejímž jsem zákonným zástupcem, včetně rodného čísla, byly zpracovávány pojistitelem v rámci pojišťovací činnosti a dalších činností, ke kterým je pojistitel v souladu s právními předpisy oprávněn, a to po dobu nutnou k realizaci a ochraně práv a povinností plynoucích z našeho smluvního vztahu. Poskytnutí osobních údajů je dobrovolné, je však nezbytnou podmínkou šetření pojistné události. Oznamuji-li událost za dítě, prohlašuji, že jsem způsobilý k právnímu jednání v plném rozsahu a nebyl jsem zbaven své rodičovské odpovědnosti. Jsem seznámen se skutečností, že pojistné plnění bude vyplaceno k mým rukám ve prospěch dítěte.

Zmocňuji pojistitele k nahlédnutí do podkladů jiných pojišťoven a veškerých rozhodujících podkladů v souvislosti se šetřením škodních událostí a výplatou pojistného plnění. Výše uvedené souhlasy a zmocnění se vztahují i na dobu po mé smrti. Beru na vědomí, že pojistitel není povinen vyplatit pojistné plnění do doby, než mu budou poskytnuty doklady potřebné pro likvidaci škodní události, zejména ty, které si pojistitel vyžádá. Souhlasím s tím, aby mé osobní údaje (adresní a identifikační) a údaje o zdravotním stavu byly zpracovány správcem Generali Pojišťovna a.s. se sídlem Bělehradská 132, 120 84 Praha 2, Česká republika a jeho smluvními partnery (zejména pojišťovacími zprostředkovateli) splňujícími podmínky zákona o ochraně osobních údajů, pro účely pojišťovací činnosti a dalších činností vymezených zákonem o pojišťovnictví v platném znění, a to po dobu nezbytně 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 zajišťovacím partnerům, pro účely a dobu uvedenou v předchozí větě.

Prohlašuji, že jsem byl ve smyslu zákona o ochraně osobních údajů informován o svých právech a povinnostech a o právech a povinnostech správce Generali Pojišťovna a.s., zejména o právu přístupu k osobním údajům, jakož i o dalších právech dle tohoto zákona. Zavazuji se, že bez zbytečného odkladu nahlásím jakoukoliv změnu zpracovávaných údajů.

## Podpisy

datum

místo

podpis pojištěného / oprávněné osoby

podpis zákonného zástupce, není-li pojištěný / oprávněná osoba plně svéprávný