

Oznámení o úrazu – vyplní pojištěný

pojistná smlouva č.:

Grid for policy number



\*GLT5020011\*



Generali Pojišťovna a.s.
Bělehradská 132
120 84 Praha 2
Česká republika
Klientský servis 844 188 188
(dále jen „pojišťitel“)

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.
• Každý úraz nahláste neprodleně. Po úrazu ihned vyhledejte lékařskou pomoc a v léčení pokračujte až do jeho skončení.
• Pro posouzení škodné události je nutné předložit všechny doklady, které si pojišťitel vyžádá (např. v případě hospitalizace: kopie propouštěcí zprávy, v případě operace: kopie operačního protokolu, v případě pracovní neschopnosti: kopie dokladu o pracovní neschopnosti (dle platné legislativy).

Pojičník

Pojištěný (není-li totožný s pojičníkem)

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

Grid for policyholder name

příjmení, jméno, titul

Grid for insured name

rodné číslo (příp. IČ) nebo datum narození

Grid for policyholder birth date

telefonní spojení

Grid for policyholder phone

rodné číslo nebo datum narození

Grid for insured birth date

telefonní spojení

Grid for insured phone

ulice, číslo popisné a orientační

Grid for policyholder address

ulice, číslo popisné a orientační

Grid for insured address

PSČ

obec – část obce

Grid for policyholder postal code and town

PSČ

obec – část obce

Grid for insured postal code and town

současné, příp. i vedlejší povolání pojištěného

Grid for policyholder occupation

praktický lékař pojištěného (jméno, adresa, telefon)

Grid for doctor name and address

Byl jste v souvislosti s úrazem uznán práce neschopným?

Yes/No checkboxes

Pokud ano, odkdy:

Grid for start date of disability

Při jaké činnosti k úrazu došlo: v zaměstnání v domácnosti ve volném čase při dopravní nehodě při jiné činnosti

Activity selection checkboxes and grid

datum a hodina úrazu

Grid for date and time of injury

místo úrazu

Grid for location of injury

Podrobný a přesný popis úrazového děje (jak k úrazu došlo, druh úrazu a poraněná část těla):

Large text area for injury description

Kdy a kterým lékařem Vám byla poskytnuta první pomoc (jméno, adresa, telefon)?

Grid for first aid provider

Orgán Policie ČR, který provádí vyšetřování (nutno přiložit kopii policejního protokolu):

Grid for police department

Ošetřující lékař v době úrazu (jméno, adresa, telefon):

Grid for treating doctor

Byl/a-li jste hospitalizován/a, uveďte údaje o nemocnici (adresa, oddělení):

Grid for hospital details

1. Byl/a jste již před oznamováním úrazem stížen/a tělesnou nebo smyslovou nemocí či vadou?

Yes/No checkboxes and grid

2. Pobíráte invalidní důchod? nepobírám ano, pro invaliditu I. a II. stupně (částečný) ano, pro invaliditu III. stupně (plný) pokud ano, od kterého data

Yes/No checkboxes, disability type, and date grid

3. Případné pojistné plnění si přejete poukázat na:

účet číslo účtu kód banky

Grid for bank account details

Prohlášení pojištěného/pojičníka

Jsem si vědom/a své povinnosti pravdivě a úplně odpovědět na všechny dotazy pojišťitele a uvést všechny informace, i ty, které se mi jeví jako nepodstatné. Beru na vědomí, že při porušení těchto povinností má pojišťitel 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 pojišťitele, resp. jím pověřenou osobu, aby ve všech řízeních probíhajících v souvislosti se škodnou událostí mohl nahlížet do soudních, policejních, zdravotních, případně jiných úředních spisů a zhotovovat z nich kopie či výpisy. Zavazuji se informovat pojišťitele o ošetřujících lékařích a zdravotnických zařízeních a získávat od nich pojišťitelem požadované zprávy. Zároveň pojišťiteli uděluji souhlas k nahlížení 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 pojišťitele zmocňuji, aby si od lékařů a zdravotnických zařízení vzešly potřebné informace o mém zdravotním stavu bez obsahového omezení. Zavazuji se zajistit na výzvu pojišťitele bezodkladně veškeré informace o zdravotní péči, která mi byla poskytnuta lékařem a zdravotnickými zařízeními z veřejného zdravotního pojištění. Zároveň souhlasím s tím, aby pojišťitel v případě potřeby ověřoval, zda pobírám invalidní důchod. Beru na vědomí, že odchýlně od VPP/ZPP 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. Zmocňuji pojišťitele k nahlídnutí do podkladů jiných pojišťoven a veškerých rozhodujících podkladů v souvislosti se šetřením škodných událostí a výplatou pojistného plnění. Výše uvedené souhlasy a zmocnění se vztahují i na dobu po mé smrti. Beru na vědomí, že pojišťitel není povinen vyplatit pojistné plnění do doby, než mu budou poskytnuty doklady potřebné pro likvidaci škodné události, zejména ty, které si pojišťitel vyžádá. 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 osobních údajů, pro účely pojišťovací činnosti a dalších činností vymezených zákonem č. 277/2009 Sb., o pojišťovnictví, 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 zajišťovacími partnery, pro účely a dobu uvedenou v předchozí větě. Prohlašuji, že jsem byl/a ve smyslu zákona č. 101/2000 Sb. informován/a 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. podpis (otisk razítka organizace, nutné u smluv skupinového úrazového pojištění)

jméno a příjmení pojičníka

Grid for policyholder name

je-li jím právnická osoba, pak osoby oprávněné jednat za pojičníka

jméno a příjmení pojištěného

Grid for insured name

zákonného zástupce v případě nezletilosti pojištěného

podpis

r. č. zák. zástupce nezletilého pojištěného

Grid for representative ID number

místo

Grid for representative address

dne

Grid for representative date

**Zpráva ošetřujícího lékaře**



\*GLT5020011\*



**Generali Pojišťovna a.s.**  
 Bělehradská 132  
 120 84 Praha 2  
 Česká republika  
 Klientský servis 844 188 188  
 (dále jen „pojistitel“)

jméno a příjmení pojištěného  rodné číslo

datum  /  /  :  hodina úrazu  :  k prvnímu lékařskému ošetření došlo dne  /  /  :  hodina

jméno lékaře a adresa zdravotnického zařízení

diagnóza vlastního zranění  kód podle MKN 10

podrobný popis tělesného poškození způsobeného úrazem (např. u zhmožděnin uveďte, zda došlo k poruše funkce postižené části; u rány typ a velikost; u popálenin rozsah a stupeň; u poranění zubů číslo zubu a zda došlo k jeho ztrátě nebo ohrožení vitality; apod.)

RTG nález s popisem nebo jiná speciální vyšetření (CT, MR) – přiložit kopii zprávy nebo vypsát závěry

popis způsobu léčení (např. u fixace uveďte druh a dobu; rehabilitace od-do, kde; apod.)

hospitalizace od  /  /  do  /  /  kde

operace datum – přiložit kopii operačního protokolu  
 /  /

při prodloužení doby léčení uveďte důvody (komplikace od-do)

celková doba léčení od  /  /  do  /  /  doba prac. neschopnosti od  /  /  do  /  /

vystaveno potvrzení PN č.  datum vystavení  /  /

příčina úrazu podle pacienta uvedená při prvním ošetření

Odpovídá tělesné poškození okolnostem, které uvedl poškozený?  ano  ne

Byla poraněná část těla již před úrazem postižena?  
 pokud ano, uveďte rozsah a v kterém roce došlo k předchozímu postižení  ano  ne

Došlo k úrazu v důsledku požití alkoholu nebo návykových látek nebo byl poškozen v době úrazu pod vlivem alkoholu nebo jiných návykových látek?  
 pokud ano, rozveďte (příznaky, promile alkoholu v krvi, apod.)  ano  ne

Bylo příčinou úrazu sebepoškození?  
 pokud ano, uveďte podrobnosti  ano  ne

Došlo k úrazu cizím zaviněním?  ano  ne Byl úraz vyšetřován policií?  ano  ne

Předpokládáte, že úraz zanechá TN?  
 pokud ano, uveďte jakého pravděpodobného druhu a rozsahu  ano  ne

jiné sdělení lékaře

jméno lékaře nebo název a adresa zdravotnického zařízení včetně telefonního nebo případně i emailového kontaktu  razítko a podpis lékaře

datum  /  /  počet příloh  V případě hospitalizace přiložte kopii propouštěcí zprávy.

99.50.20.01 05.2012 verze 03