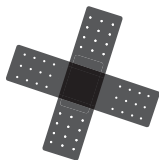


NAHLÁŠENÍ ÚRAZU JE JEDNODUCHÉ...

PENÍZE ZA ÚRAZ JIŽ V DOBĚ LÉČENÍ



Úraz

Ošetření
lékařemNemusíte čekat
s nahlášením úrazuPeníze ihned
po stanovení diagnózy

Již po prvním ošetření lékařem nás kontaktujte:

» elektronicky **www.ceskapojistovna.cz**» telefonicky **841 114 114**

» osobně na kterémkoli obchodním místě

**ČESKÁ POJIŠŤOVNA**

Pomáháme vám jít dál

POKUD SE ROZHODNETE PRO OZNÁMENÍ ÚRAZU FORMOU TOHOTO PAPIROVÉHO FORMULÁŘE, POSTUPUJTE V SOULADU S NÍŽE UVEDENÝM:

Formulář můžete vyplnit již po prvním lékařském ošetření. K vyplněnému formuláři přiložte lékařskou zprávu z prvního ošetření, případně další lékařské zprávy o průběhu léčení úrazu. Příložením dalších lékařských zpráv výrazně usnadníte vyřízení pojistné události.

**Lékařská zpráva
z prvního ošetření**razítko
zdravotnického
zařízení
+
podpis lékaře

- V případě, že máte sjednané úrazové pojištění ve variantě DNL-MAX, přiložte navíc zprávu z kontrolního vyšetření potvrzující konečnou diagnózu poranění.
- V případě, že jste byl/a pro léčení úrazu **hospitalizován/a**, přiložte navíc propouštěcí zprávu z hospitalizace.
- V případě cestovního pojištění přiložte navíc doklad o sjednaném pojištění.
- Nezbytné údaje týkající se předmětné pojistné události si je pojistitel oprávněn ověřit u příslušného lékaře zraněného nebo u instituce, která přiložené doklady vystavila (popřípadě vyžádat od zraněného).
- Na nákladech souvisejících s vyplněním a doložením lékařských zpráv a ostatních dokladů se Česká pojišťovna a.s. nepodílí.

Výše uvedené dokumenty prosím předejte do České pojišťovny a.s.:

- elektronicky v naskenované podobě prostřednictvím internetových stránek www.ceskapojistovna.cz/klient
- osobně na kterémkoli obchodním místě (seznam a adresy najdete na www.ceskapojistovna.cz)
- poštou na adresu: Česká pojišťovna a.s., P. O. Box 305, 601 00 Brno

V případě jakýchkoliv dotazů se prosím obraťte na pracovníky obchodních míst České pojišťovny a.s. nebo telefonicky na číslo klientského servisu +420 841 114 114.



Prezentační razítko:

Upozornění: U políček platnou variantu označte křížkem.

Číslo pojistných smluv, kterými jste u České pojišťovny a.s. pojištěn(a) pro případ úrazu

Příjmení / Titul																				Pohlaví										muž										žena									
Jméno																				Rodné číslo																													
Místo narození:																				Státní občanství ČR										ANO										Jiné									
Vypíšte jen v případě, nebylo-li přiděleno rodné číslo.										Datum narození																																							
Ulice (místo)																				Č. p.																													
Obec (pošta)																				PSC																													
Telefon / E-mail																																																	

Pojistné plnění poukažte na účet

předčísí účtu číslo účtu kód banky

Praktický lékař

Jméno, adresa,
telefon

Povolání v době úrazu a bližší popis pracovní činnosti

Byl(a) jste v době úrazu registrovaným sportovcem?

Uveďte druh sportu a v jaké soutěži

Datum úrazu							Která část těla byla poraněna?	
Místo úrazu (obec)							Zdravotnické zařízení, kde probíhala léčba (adresa, telefon)	

Uveďte činnosť a okolnosti,
za ktorých k úrazu došlo

.....

U končetin a párových orgánů označte stranu

 PRAVÁ
 LEVÁ
 Jste
 PRAVÁK
 LEVÁK

Byly okolnosti úrazu vyšetřovány?

☐ ANO ☐ NE **Pokud ANO, přiložte zprávu s konečným výsledkem šetření.**

Adresa útvaru Policie ČR,
který případ šetří

Vyplňte jen v případě, jde-li o úraz osob dopravovaných motorovým vozidlem.

RZ (SPZ)

Pokud jste byl(a) řidičem, měl(a) jste v době úrazu platný řidičský průkaz?

ANO	NE	Skupiny řídicího oprávnění
-----	----	----------------------------

VYPLŇTE POUZE V PŘÍPADĚ, ŽE LÉČENÍ JIŽ BYLO UKONČENO.

Celková doba léčení od do

Prohlašuji, že jsem všechny údaje uvedl(a) pravdivě a úplně, že jsem si vědom(a) důsledků nesprávných odpovědí na povinnost pojistitele plnit. Ve smyslu zák. č. 20/1966 Sb., o péči o zdraví lidí, a Všeobecných pojistných podmínek pro úrazové pojištění zmocňuji pojistitele k získání informací shromážděných ve zdravotnické dokumentaci vedené o mě osobě či o osobě, jejímž jsem zákonným zástupcem, potřebných k posouzení mých/jejích nároků na pojistné plnění z úrazového pojištění. Souhlasím, aby si pojistitel vyžádal potřebnou zdravotnickou dokumentaci o léčení a zdravotním stavu měm nebo osobě, jejímž jsem zákonným zástupcem, pro šetření úrazových pojistných událostí. Souhlas udeľuji za účelem vyřizování pojistných událostí, případně i na dobu po mé smrti. Dále zmocňuji lékaře, zdravotnická zařízení a zařízení poskytující zdravotní péči k vyhotovení lékařských zpráv, výpisů ze zdravotnické dokumentace či k jejich zapůjčení. Tímto zpřisťuji od povinnosti zachovávat mlčenlivost lékaře, zdravotnická zařízení a zařízení poskytující zdravotní péči, které pojistitel požádá o uvedení informace. Pojistitel zpracovává ve smyslu zák. č. 101/2000 Sb., o ochraně osobních údajů, mé osobní údaje nebo osobní údaje osob, jejímž jsem zákonným zástupcem, v souladu s tímto zákonem. Souhlasím s tím, aby mé osobní údaje, resp. osobní údaje osoby, které jsem zákonným zástupcem, byly zpracovávány pojistitelem v rámci pojistčovatelské činnosti, zajišťovací činnosti a činnosti souvisejících s pojistčovatelskou a zajišťovací činností podle zák. č. 277/2009 Sb., o pojistňovnictví, a to po dobu nezbytně nutnou k zajištění všech práv a povinností plynoucích ze závazkového vztahu. **Souhlasím, abych byl(a) pojistňovnou kontaktován(a) elektronickou cestou, s využitím mnou uvedených kontaktních údajů (e-mail/telefon), a to včetně zasílání informací vypovídajících o mém zdravotním stavu nebo zdravotním stavu toho, jehož jsem zákonným zástupcem.** Souhlasím s použitím uvedeného e-mailu k zasílání informací o pojištění.

V _____ dne 20 _____

Podpis zraněného nebo jeho zákonného zástupce
(v případě zákonného zástupce uveďte jméno, příjmení, RČ)



TC89250001088

Vypíšte podľa vzoru: A Á Â Ã Ä Å Ç È É Ê Ë Ì Í Î Ï Ñ Ò Ó Ô Õ Ö × Ø Ù Ú Û Ü Ý Þ ß à á â ã

ÚDAJE O ZRANĚNĚM

ÚDAJE K POJISTNÉ UDÁLOSTI

ÚDAJE K DOBĚ
LÉČENÍ ÚRAZU

PROHLÁŠENÍ