UNIQA pojišťovna, a.s.
Zapsána u Městského soudu v Praze, oddíl B, č. vložky 2012.
Evropská 136, 160 12 Praha 6
IČ: 49240480

Úrazové pojištění

Oznámení o škodě

Vyplňte čísla všech pojistek úrazového pojištění

Pojistník

Příjmení | Jméno

Titul | Rodné číslo | Telefon (8 - 17 hodin)

Ulice

Č.p. | PSČ | Obec

Pojištěný
(osoba, která utrpěla úraz)

Příjmení | Jméno

Titul | Rodné číslo | Telefon (8 - 17 hodin)

Ulice

Č.p. | PSČ | Obec

E-mail @

Povolání (k datu úrazu) | OSVČ ano ne | IČO

Student ano ne Nezaměstnaný ano ne od 20

Adresa zaměstnavatele (u studentů adresa školy) - nutno vždy vyplnit

Všeobecné údaje

Prosím vyplňte oznámení ve všech kolonkách, podepište a zašlete pojistiteli.
Po ukončení léčení nechte vyplnit zprávu ošetřujícího lékaře, přiložte požadované podklady a zašlete pojistiteli.

Datum úrazu dne 20 v hod. v místě

Popis činnosti a okolností za kterých došlo k úrazu

Která část těla byla poraněna?

Byla tato část poraněna již dříve? ano ne datum

Jedná se o pracovní úraz? ano ne

Došlo k úrazu při sportu? ano ne druh sportu

Uveďte na jaké úrovni (v jaké soutěži) tento sport provozujete?

Název organizace, kde jste registrován: od kdy

Jaký sport ještě provozujete? na jaké úrovni?

Adresa zdravotnického zařízení, které poskytlo první ošetření

datum ošetření 20 čas ošetření

Jméno a adresa prakt. lékaře, kde máte kompletní zdravotní dokumentaci

Název zdravotní pojišťovny

Jste pojištěn u jiné pojišťovny pro případ úrazu? ano ne název

Konsumoval jste v posledních 12 hodinách před úrazem alkohol? ano ne jaký, v jakém množství

Šetřila událost policie? ano ne adresa

Pojistné plnění poukažte na kód banky | č. účtu | spec. symbol

nebo na adresu

Prohlášení:
Prohlašuji, že jsem na veškeré údaje na tomto Oznámení o škodě uvedl(a) pravdivě a úplně, že jsem k výše uvedené pojistné události vyplnil(a) pro pojistitele pouze toto Oznámení o škodě a že jsem si vědom(a) důsledků nesprávných či neúplných odpovědí na povinnost pojistitele plnit. Dále tímto zmocňuji pojistitele k získání informací uvedených ve zdravotnické dokumentaci vedené o mé osobě, které je potřebné k posouzení mých nároků na pojistné plnění z úrazového pojištění. Rovněž souhlasím, aby si pojistitel vyžádal veškerou potřebnou zdravotní dokumentaci o mém léčení a zdravotním stavu pro potřeby šetření pojistné události, příp. podklady od policie, správních orgánů či jiných pojišťoven. Tímto zprošťuji od povinnosti zachovávat mlčenlivost lékaře, zdravotnická zařízení a zařízení poskytující zdravotní péči, které pojistitel požádá o uvedené informace. Prohlašuji, že souhlasím, aby pojistitel zpracovával a uchovával mé osobní a citlivé údaje ve smyslu zákona č. 101/2000 Sb., o ochraně osobních údajů, v platném znění.

V | dne | Podpis pojištěného | Podpis pojistníka nebo zákonného zástupce

Požadovanou variantu zakřížkujte!

EU 5242/1/A

UNIQA pojišťovna, a.s.
Zapsána u Městského soudu v Praze, oddíl B, č. vložky 2012.
Evropská 136, 160 12 Praha 6
IČ: 49240480
Tel.: +420 800 120 020

Úrazové pojištění

Oznámení o škodě

Číslo pojistné smlouvy

Číslo škody

Tuto zprávu nechte vyplnit ošetřujícím lékařem v době ukončení léčení, přiložte zprávy o průběhu léčení odborných lékařů, příp. kopii hospitalizační zprávy (včetně operačního protokolu)

Zpráva ošetřujícího lékaře

Jméno, příjmení pacienta, datum narození

První lékařské ošetření — datum 20 hodina

Kdo ho poskytl? — název zařízení, jméno lékaře

Příčina úrazu dle pacienta

Popis poranění

Diagnóza

Způsob ošetření a léčení

Fixace — druh; od - do; ex dne 20

RTG - dne (MR, CT) — popis

Hospitalizace — ano ne; od - do; kde

Rehabilitace — od - do; kde; počet procedur; způsob rehabilitace; jak často?

Došlo ke komplikacím nebo jiným onemocněním, která ovlivnila délku léčby? — ano ne; jakým

Pracovní neschopnost — ano ne; od - do; práce schopen od 20

Nezbytná délka léčení — od - do; datum ustálení zdravotního stavu 20

Předpokládáte, že úraz zanechá trvalé následky? — ano ne; jaké

Byla poraněná část těla již před úrazem postižena? — ano ne; jakým způsobem, v jakém rozsahu?

Existují nebo existovala onemocnění, která mohla nebo ovlivnila délku léčení? (epilepsie, cukrovka ap. — ano ne; jaká

Došlo k úrazu pod vlivem alkoholu nebo jiných návykových látek — ano ne; % alkoholu; druh návykové látky; příznaky

V případě úmrtí uveďte důvod a diagnózu — přiložte úmrtní list

Ostatní sdělení lékaře k okolnostem úrazu, léčení nebo následkům úrazu

Za vystavení lékařské zprávy uhradí pojistitel max. 150 Kč. Poplatek uhrazen pojištěným / doklad přiložen ano ne

pokud ne, úhradu proveďte na

účet č.: kód banky

ve prospěch - jméno lékaře / nemocnice

V dne

Razítko a podpis lékaře (adresa, telefon)

EU 5242/1/B

Požadovanou variantu zakřížkujte!