

OZNÁMENÍ ŠKODNÍ UDÁLOSTI: ÚRAZ – DENNÍ ODŠKODNÉ

Pokyny pro uplatnění nároku na pojistné plnění v případě denního odškodného z důvodu úrazu.

- Oznámení úrazu můžete nahlásit elektronicky, nebo telefonicky.
- Elektronické oznámení můžete podat přes webovou stránku https://www.allianz.cz/cs_CZ/pojisteni/služby-a-hlaseni-skody/oznamit-novou-udalost/zivot.html; telefonické na číslo 224 405 111. V případě oznámení těmito formami formulář nepředkládáte k vyplnění lékaři (neztrácíte čas ani peníze).
- Jestliže se rozhodnete pro oznámení úrazu formou tohoto písemného formuláře, postupujte následovně: vyplňte prosím první dvě strany formuláře, třetí a čtvrtou stranu vyplní odborný lékař (ortoped, chirurg atd.), který Vás léčil. Pokud úraz léčil praktický lékař, vyplní poslední strany formuláře tento praktický lékař.
- Vyplněný formulář s případnými přílohami zašlete na uvedenou adresu Allianz pojišťovna, a. s., Úsek likvidace pojistných událostí osob, Ke Štvanici 656/3, 186 00 Praha 8.

Příložením kopie zdravotní dokumentace týkající se prvního ošetření a následného léčení úrazu (včetně propouštěcí zprávy v případě hospitalizace) výrazně zkrátíte likvidační šetření.

ČÍSLO SMLOUVY

Uveďte čísla všech pojistných smluv, ze kterých za oznamovaný úraz uplatňujete nárok na pojistné plnění.

1. 2. 3.

POJIŠTĚNÝ

Jméno a příjmení

Rodné číslo

Adresa trvalého bydliště (včetně PSČ)

Kontaktní adresa pro tuto škodnou událost

Telefon

E-mail

Preferovaný způsob zasílání notifikací: SMS E-mail

K datu vzniku úrazu jste byl: zaměstnanec OSVČ
profese

Byl jste k datu vzniku úrazu pojištěn podle zákona o nemocenském pojištění i pro nemocenské dávky? Ano Ne

Došlo k úrazu při výkonu povolání? Ano Ne

Pokud ano, přiložte fotokopii záznamu o pracovním úrazu.

Název a adresa zaměstnavatele (vlastní fy)

Telefon do zaměstnání

Jméno, příjmení, adresa a telefon současného praktického lékaře

ÚRAZ

K úrazu došlo: datum hodina místo

Popíšte, prosím, souvisle a podrobně, jak k úrazu došlo.

Jste: pravák levák

Která část těla byla poraněna?

Byla tato část těla postižena či léčena již před úrazem? Ano Ne

Pokud ano, uveďte v kterém roce a kde probíhalo léčení.

DALŠÍ INFORMACE

Adresa zdravotnického zařízení, které poskytlo první ošetření

Kdy Vás ošetřili?

Kde jste se léčil následně? (Jména lékařů, adresy, telefony)

Byl jste k datu vzniku úrazu registrovaný sportovec? Ano Ne

Pokud ano, uveďte ve kterém sportu a v jaké soutěži.

Byl jste k datu vzniku úrazu úrazově pojištěn i u jiných komerčních pojišťoven? Ano Ne

Pokud ano, u kterých?

Uveďte jména a adresy svědků úrazu.

Vyšetřovala případ policie? Pokud ano, uveďte přesnou adresu útvaru, který věc šetřil, pod jakým číslem jednacím, případně telefon a jméno policisty, který věc vyřizoval.

ČÍSLO ÚČTU PRO ZASLÁNÍ PLNĚNÍ

Plnění poukažte na účet:

číslo účtu

/ kód banky

PROHLÁŠENÍ A SOUHLASY

Prohlašuji, že všechny údaje uvedené v tomto oznámení nebo v informaci lékařům o mém úrazu jsem uvedl/a úplně a pravdivě a že jsem si vědom/a důsledků nepravdivých nebo neúplných údajů. Souhlasím s tím, aby pojistitel zjišťoval a přezkoumával můj fyzický i psychický zdravotní stav u všech lékařů a zdravotnických zařízení, u kterých jsem se léčil/a, léčím nebo se budu léčit. Tento souhlas uděluji za účelem vyřizování pojistných událostí s tím, že zmocňuji lékaře a zdravotnická zařízení k vyhotovení lékařských zpráv, provedení výpisu ze zdravotnické dokumentace nebo k jejímu zapůjčení pojistiteli, a proto zprošťuji povinnosti mlčenlivosti dotazované lékaře a pracovníky zdravotnických zařízení.

Souhlasím též s tím, aby si pojistitel vyžádal kopii dokladu o pracovní neschopnosti a jiné informace nezbytné ke stanovení rozsahu pojistného plnění (od zaměstnavatele, správy sociálního zabezpečení, Policie ČR, obecní policie, soudu, obecního a městského úřadu apod.). Beru na vědomí, že pojistitel je z hlediska zákona č. 101/2000 Sb., o ochraně osobních údajů, v platném znění, správcem a zpracovatelem osobních údajů, včetně osobních údajů o mém zdravotním stavu. Souhlasím s tím, aby pojistitel tyto údaje o zdravotním stavu zpracovával po celou dobu trvání nároku z tohoto pojištění.

POMOZTE NÁM BÝT LEPŠÍMI

Pomozte nám zlepšovat zákaznickou spokojenost, a to nejen Vaši, ale i ostatních zákazníků. Na základě našeho oprávněného zájmu na zlepšování procesu likvidace si vyhrazujeme právo Vás kontaktovat ohledně Vaší zkušeností s likvidací škody. Rádi bychom Vás informovali, že Vaše hodnocení může být anonymně zobrazeno na webových stránkách Allianz pojišťovny. Hodnocení obsahující jakékoliv osobní údaje, vulgarismy a texty, které by mohly urážet ostatní, mohou být upraveny. Chceme Vás informovat, že máte právo kdykoliv vznést námitku proti zpracování osobních údajů pro výše uvedené účely, které se Vás týkají. Podrobné informace týkající se zpracování dat naleznete na www.allianz.cz/ochrana-udaju.

Místo podpisu

Datum podpisu

Podpis pojištěného / zákonného zástupce
(oprávněné osoby)

LÉKAŘSKÁ ZPRÁVA A DOKLAD O PRACOVNÍ NESCHOPNOSTI



PŘÍLOHA K OZNÁMENÍ ŠKODNÍ UDÁLOSTI ZE ŽIVOTNÍ POJIŠTĚNÍ: ÚRAZ – DENNÍ ODŠKODNÉ

Ošetřující lékař potvrzuje, že ošetřoval pojištěného a zjistil tělesná poškození a zdravotní újmy v následujícím rozsahu.

ÚDAJE O POJIŠTĚNÉM, VZNIK A 1. OŠETŘENÍ ÚRAZU

Jméno a příjmení pojištěného

Rodné číslo

Kdy došlo (podle zdravotní dokumentace) k prvnímu lékařskému ošetření?

Datum vzniku úrazu

Datum

Čas

Kde bylo provedeno první ošetření? Uveďte, prosím, jméno a příjmení lékaře a adresu zdravotnického zařízení.

Co uvedl poraněný při prvním ošetření jako příčinu úrazu?

OKOLNOSTI ÚRAZU

Došlo k úrazu následkem požití alkoholu nebo návykových látek? Ano Ne

Uveďte příznaky požití alkoholu nebo návykových látek a do jaké míry požitý alkohol / návyková látka ovlivnila chování poraněného.

V případě alkoholu bylo v krvi zjištěno: % alkoholu

V případě návykové látky – o jaký druh pravděpodobně šlo?

Bylo příčinou úrazu úmyslné sebepoškození nebo pokus o sebevraždu?

Ano

Ne

DIAGNÓZA, ZPŮSOB LÉČBY

Diagnóza vlastního zranění a přesný popis tělesného poškození způsobeného úrazem s určením jeho rozsahu.

Popište, prosím, podrobně způsob léčby.

VYŠETŘENÍ, FIXACE, RHB

RTG CT MR Vyšetření provedeno: datum

Jiná speciální vyšetření:

místo

Uveďte přesný opis nálezu.

V případě fixace uveďte druh

Délka fixace: Od Do

V případě rehabilitace, uveďte způsob RHB léčby a počet absolvovaných procedur a adresu RHB zařízení.

Délka RHB léčby: Od Do

HOSPITALIZACE, TRVALÉ NÁSLEDKY

Kde byl zraněný hospitalizován?

Předpokládáte, že úraz zanechá trvalé následky? Ano Ne

Pokud ano, uveďte jakého druhu a rozsahu.

Délka hospitalizace: Od Do

Přiložte, prosím, kopii propouštěcí zprávy.

DŘÍVĚJŠÍ PORANĚNÍ, KOMPLIKACE PŘI LÉČBĚ

Byla poraněná část těla již před úrazem postižena? Pokud ano, uveďte kdy a v jakém rozsahu.

Došlo-li k prodloužení doby nezbytného léčení v důsledku komplikací souvisejících s úrazem, uveďte, prosím, o jaké komplikace šlo, a jejich léčbu (od – do).

Skutečná doba nezbytného léčení v důsledku úrazu (včetně komplikací):

Od

Do

DOKLAD O PRACOVNÍ NESCHOPNOSTI U OSOB NEMOCENSKY POJIŠTĚNÝCH

Den vystavení dokladu o pracovní neschopnosti

Předpokládaný konec pracovní neschopnosti, pokud stále trvá

Číslo dokladu PN

Doklad o PN byl zaslán na správu sociálního zabezpečení na adrese

PN trvala: Od Do

POTVRZENÍ O NEZBYTNÉ DÉLCE LÉČENÍ U POJIŠTĚNÝCH, KTERÝM SE NEMOCENSKÉ DÁVKY NEVYPLÁCEJÍ

Potvrzení o nezbytné délce léčení u pojištěných, kterým se nemocenské dávky nevyplácejí (OSVČ nemocensky nepojištěné, studenti, děti, atd.) nebo se u nich podle pojistných podmínek doklad o pracovní neschopnosti nevyžaduje.

Doba nezbytného léčení: Od Do

OŠETŘUJÍCÍ LÉKAŘ

Jméno a příjmení /
název firmy

Telefon

Adresa

E-mail

Místo podpisu

Datum podpisu

Razítko a podpis ošetřujícího lékaře