

# FORMULÁŘ OZNÁMENÍ ŠKODY Z ÚRAZOVÉHO POJIŠTĚNÍ

## 1. OSOBNÍ ÚDAJE

Pojistná smlouva číslo (uveďte všechny smlouvy u CHARTIS EUROPE): <b>8000904612</b>	
Nárokoval(a) jste škodu u CHARTIS v minulosti? <input type="checkbox"/> ano (uveďte číslo reference):	<input type="checkbox"/> ne
Jméno a příjmení poškozeného:	Datum narození:
Kontaktní adresa:	Telefon: E-mail:
Jméno pojistníka, pokud je odlišný od pojištěného: <b>Autoklub České republiky /AČR/, občanské sdružení</b>	IČ:
Vztah k poškozenému:	
Zaměstnání v době úrazu / onemocnění:	
Popis pracovní činnosti:	
Současné zaměstnání:	

## 2. ÚDAJE O ÚRAZU (vyplňte pokud nárokujete pojistné plnění z důvodu úrazu)

Datum úrazu:	Čas:	Místo vzniku úrazu:
Okolnosti vzniku úrazu: (uveďte podrobně, jak a při jaké činnosti k úrazu došlo)		
Která část těla byla poškozena?	U párových orgánů <input type="checkbox"/> pravá <input type="checkbox"/> levá	
Byla postižena již před úrazem? <input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne	Jak?	
Došlo k úrazu při dopravní nehodě? <input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne	Jaké? Kdo ji zavínil?	
Byly okolnosti úrazu vyšetřovány? <input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne	Kým?	
Jména a adresy svědků:		
Došlo k úrazu při výkonu zaměstnání? <input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne	Byl úraz klasifikován jako pracovní?: <input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne	
Byl(a) jste v době úrazu aktivním sportovcem? <input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne	Jaký druh sportu?	
Byl(a) jste registrován(a) v nějaké organizaci? <input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne	Název:	
Od: do:	V jakém sportu? V jakých soutěžích?	
Máte (měl jste) uzavřenou smlouvu o profesionální sportovní činnosti? <input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne	V jakém sportu?	

## 3. ÚDAJE O ONEMOCNĚNÍ (vyplňte pokud nárokujete pojistné plnění z důvodu onemocnění)

Kdy se projevily první příznaky onemocnění:
Okolnosti vzniku onemocnění: (uveďte z titulu jakého onemocnění nárokujete pojistné plnění)
Trpěl(a) jste tímto onemocněním už v minulosti? Kdy? Jak a kde jste byl(a) léčen(a)?
Bylo onemocnění klasifikováno jako nemoc z povolání?: <input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne

## 4. ÚDAJE O LÉKAŘI / ZDRAVOTNICKÉM ZAŘÍZENÍ:

Kde bylo poskytnuto první ošetření (adresa zařízení, jméno lékaře, datum a čas ošetření)?
Kde jste byl(a) dále léčen(a) (adresa zařízení, jméno lékaře, od-do)?
Váš současný praktický lékař, u kterého máte zdravotní dokumentaci:

## 5. ÚDAJE O ZDRAVOTNÍM STAVU:

Žádal(a) jste o přiznání invalidního důchodu? <input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne	Kdy?	Z jakého důvodu?
Byl vám přiznán invalidní důchod? <input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne		
Od: do: <input type="checkbox"/> plný <input type="checkbox"/> částečný	Z jakého důvodu?	
Od: do: <input type="checkbox"/> plný <input type="checkbox"/> částečný	Z jakého důvodu?	

## 6. ÚDAJE O OPRAVNĚNÉ OSOBĚ (vyplňte v případě smrti pojištěného):

Jméno a příjmení:	Vztah k pojištěnému:	Rodné číslo:
Kontaktní adresa:		Telefon:

## 7. VÝPLATA POJISTNÉHO PLNĚNÍ

<input type="checkbox"/> Poukažte na účet číslo:	Banka:	Kód banky:	Symbol:
--	--------	------------	---------

### Prohlášení:

Prohlašuji, že jsem všechny dotazy zodpověděl(a) pravdivě a úplně a že jsem si vědom(a) důsledků nesprávných odpovědí na povinnost pojišťovny plnit. Souhlasím, aby CHARTIS EUROPE S.A., pobočka pro Českou republiku vyžádala veškerou potřebnou zdravotnickou dokumentaci o mém léčení a zdravotním stavu pro potřeby šetření pojistné události.

Pojištěný tímto ve smyslu zákona č. 101/200 Sb., o ochraně osobních údajů uděluje společnosti CHARTIS EUROPE S.A., pobočka pro Českou republiku, IČ 276 55 385, Praha 1, V Celnici 1031/4, PSČ 110 00 (dále jen "správce") dávat souhlas se zpracováním osobních údajů, včetně citlivých osobních údajů:

- v rozsahu nezbytném pro plnění práv a závazků z pojistné smlouvy, tj. ve kterém je pojištěný správcem poskytnut při hlášení pojistné události nebo při jejím dalším řešení (prostřednictvím formuláře "Hlášení pojistné události") a ve které je správce získá od zdravotnických zařízení ve smyslu § 50 zákona č. 37/2004 Sb., o pojistné smlouvě;
- za účelem likvidace pojistné události a vypořádání vzájemných práv a závazků z pojistné smlouvy;
- na dobu nezbytně nutnou k realizaci všech práv a povinností vyplývajících z pojistné smlouvy.

Poskytnutím Vašich osobních údajů společnosti Chartis v souvislosti s pojistnou událostí berete na vědomí, že Vaše Osobní údaje budou shromažďovány a zpracovány v souladu se zákonem č. 10/2000 Sb., o ochraně osobních údajů a s Pravidly ochrany osobních údajů, které naleznete na [www.chartisinsurance.com/cz-privacy-policy](http://www.chartisinsurance.com/cz-privacy-policy).

Poskytnuté osobní údaje bude zpracovávat správce sám nebo prostřednictvím pověřeného zpracovatele (včetně spřízněných osob patřících do skupiny American International Group se sídlem v členském státě EU). Ve všech případech však budou zachovávány všechny povinnosti, které správci a zpracovatelům plynou ze zákona č. 101/200 Sb. a pojištěný bude chráněn před neoprávněným zasahováním do soukromého a osobního života. Poskytnutí osobních údajů je dobrovolné, avšak v případě citlivých údajů je poskytnutí souhlasu nutné k tomu, aby pojistná událost mohla být řádně prošetřena a aby na základě výsledků tohoto šetření mohlo být vyplaceno pojistné plnění.

### Pojištěný má právo:

- na poskytnutí informace o osobních údajích, které jsou o něm zpracovávány,
- požádat pojistitele o opravu osobních údajů, zjistí-li, že osobní údaje neodpovídají skutečnosti,
- požadovat po pojistiteli vysvětlení, respektive požadovat, aby pojistitel odstranil vzniklý závadný stav, pokud pojištěný zjistí nebo se domnívá, že správce provádí zpracování jeho osobních údajů v rozporu s ochranou soukromého a osobního života pojištěného nebo v rozporu s právními předpisy,
- obrátit se v případě porušení povinnosti správce na Úřad pro ochranu osobních údajů se žádostí o zajištění opatření k nápravě.

V	dne:	Podpis:
---	------	---------

Vyplněné formuláře Oznámení škody včetně Zprávy lékaře a další požadované dokumenty

(Propouštěcí zprávu z nemocnice, Potvrzení o pracovní neschopnosti, protokol o dopravní nehodě, úředně ověřenou kopii úmrtního listu, totožnost oprávněné osoby, apod.)

zašlete prosím na adresu:

**CHARTIS EUROPE S.A., pobočka pro Českou republiku**  
**oddělení likvidace škod**  
**V Celnici 1031/4**  
**110 00 Praha 1**

**e-mail: [skody@chartisinsurance.com](mailto:skody@chartisinsurance.com)**

**Tel: +420 234 108 311**  
**Fax +420 234 108 387**

**[www.chartispojisteni.com](http://www.chartispojisteni.com)**

