

Vyplněný fomulář včetně příloh zašlete na adresu: bibova@platinum.cz



Oznámení škodné události z úrazového pojištění

Číslo pojistné smlouvy
Platnost pojištění

Pojištěný

Jméno pojištěného RČ/Dat. narození
Adresa
E-mail Telefon
Zdravotní pojišťovna

Oznamovatel škody

Vyplňte v případě, že pojištěný není shodný s oznamovatelem

Jméno RČ/Dat. narození
Adresa
E-mail Telefon
Vztah k pojištěnému

Informace o škodné události

Datum vzniku Hodina vzniku
Místo vzniku
Popis události

Při jaké činnosti došlo ke škodě?

Vznikla škoda při dopravní nehodě?

ANO NE

Vznikla škoda pod vlivem návykových látek?

ANO NE

Šetřila událost policie?

ANO NE

Odpovídá za škodu jiný subjekt?

ANO NE

Pokud ano, uveďte podrobnosti

Název a adresa zdravotnického zařízení, kde bylo provedeno první ošetření, doba léčení

Uveďte údaje o všech dalších zdravotnických zařízeních, ve kterých jste byl/a v souvislosti s úrazem léčen/a včetně doby léčení

K jakému zranění došlo? Která část těla byla poraněna?

Uveďte viditelné známky zranění (pohmožděliny apod.)

Zanechal úraz trvalé následky? Pokud ano, jaké?

Označte stranu, pokud došlo k poranění končetin nebo párových orgánů

Která horní končetina je dominantní?

pravá levá

Byla tato část poraněna již před úrazem?

pravá levá

Utrpěl/a jste podobný úraz v minulosti?

ANO NE

ANO NE

Uvedte poruchy zdraví před úrazem, příp. jejich souvislost s úrazem

Vyplňte, pokud bylo úrazové pojištění sjednáno v rámci cestovního pojištění

Kontaktoval/a jste asistenční službu?

ANO

NE

Máte sjednáno ještě jiné pojištění u jiné pojišťovny?

ANO

NE

Máte sjednáno:

Úrazové pojištění Plus?

ANO

NE

Pojištění zimních sportů ve snowparku?

ANO

NE

Bankovní účet pro výplatu plnění

Prohlašuji, že jsem uvedl/a veškeré informace a okolnosti pravdivě. Jsem si vědom/a toho, že pokud by mnou uvedené údaje byly obráceny v opak, budu čelit všem z toho vyplývajícím právním následkům.

Zprošťuji lékaře slibu mlčenlivosti a souhlasím, aby pojistitel pro potřeby řešení škodné události vyžádal kompletní dokumentaci o mém zdravotním stavu a léčení. Souhlasím, aby ošetřující lékař zapůjčil pojistiteli mou zdravotní dokumentaci, příp. z ní vyhotovil výpis pro potřeby řešení škodné události a aby vyhotovil lékařské zprávy.

Zplnomocňuji pojistitele k případnému vyžádání podkladů u policie, správních orgánů a jiných pojišťoven.

V

dne

Podpis pojištěného nebo oprávněného zástupce