

OZNÁMENÍ ÚRAZU

Označte, jedná-li se o:

- Oznámení úrazu**
 Oznámení dětských zlomenin
 Oznámení vzniku pracovní neschopnosti

ÚRAZ + DĚTSKÉ ZLOMENINY

Upozornění a pokyny pro pojištěného (zákonného zástupce):

- Právo na pojistné plnění podle ujednání pojistné smlouvy vzniká:
 - za dobu léčení úrazu (denní odškodné), trvá-li léčení déle než je stanovena karenční doba v pojistné smlouvě (např. 9 dnů, 14 dnů, 21 dnů nebo 28 dnů),
 - za dětské zlomeniny způsobené jedním úrazovým dějem. Pokud je sjednáno souběžně i denní odškodné, pojistitel vyplatí pouze jedno, a to vyšší z obou pojistných plnění.
- Vyplňte všechna čísla pojistek, kterými jste pojištěn(a) pro případ úrazu u České podnikatelské pojišťovny, a.s., Vienna Insurance Group. Bez uvedení čísel pojistek a podpisu pojištěného (zákonného zástupce) nelze pojistnou událost vyřídit.
- Ke každému úrazu vyplňte pouze jedno oznámení úrazu.
- Zprávu ošetřujícího lékaře** (viz. 4. strana tohoto oznámení) předložte k vyplnění lékaři, který má k dispozici lékařskou dokumentaci, týkající se Vašeho úrazu. Za vyplnění uhradte ošetřujícímu lékaři požadovaný honorář. Doklad o zaplacení za vyplnění tohoto formuláře Vám bude proplacen do výše 200,- Kč. Předložte jej pojistiteli spolu s ostatními doklady o účelně vynaložených nákladech.
- Pokud nestačí pro požadované údaje místo v předtištěných rubrikách, použijte samostatného papíru jako přílohy.

Počet příloh:

Číslo pojistných smluv:

POJIŠTĚNÝ:

Jméno a příjmení pojištěného:

Rodné číslo:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Adresa:

Telefon: Povolání:

ZÁKONNÝ ZÁSTUPCE: (je-li pojištěný nezletilý)

Jméno a příjmení:

Rodné číslo:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Adresa:

Telefon:

ÚDAJE O ÚRAZU:

Datum úrazu: Čas: Místo úrazu:

Podrobný popis průběhu a okolností úrazu:

Poraněná část těla: Byla postižena již před úrazem? ano ne*

Vaše zdravotní pojišťovna:

Jméno, adresa Vašeho praktického lékaře:

* nehodící se škrtněte

Adresa zdravotnického zařízení:

a) ve kterém Vám bylo poskytnuto první ošetření úrazu:
..... Kdy:

b) ve kterém byl Váš úraz léčen:

Došlo k úrazu při výkonu povolání? ano ne* Jestliže ano, uveďte pracoviště, kde došlo k úrazu a činnost, kterou jste právě vykonával(a):
..... Jste pravák nebo levák?

Jste registrovaný sportovec? ano ne* Pokud ano, pro který sport?
V jaké soutěži?
Stal se úraz při sportovní nebo tělovýchovné činnosti? ano ne* Pokud ano, uveďte, zda byla organizována a kým?

Při úrazu osob dopravovaných motorovým vozidlem uveďte SPZ: počet sedadel:
počet dopravovaných osob:
jméno, adresu vlastníka vozidla:
jméno, adresu řidiče:
jména, adresy spolujezdců:
.....
která z osob byla zraněna:

Jména svědků úrazu (včetně adresy):
.....
Kdo případ vyšetřoval (včetně adresy):
.....

Vyjádření právnické osoby, která sjednala pojištění ve prospěch fyzické osoby:

Došlo k úrazu při pojištěné činnosti (pracovní, zájmové, sportovní, odborné apod.)? ano ne*
.....
razítko a podpis právnické osoby

PROHLÁŠENÍ

Prohlašuji, že jsem na všechny dotazy odpověděl(a) pravdivě a úplně a že k výše uvedenému úrazu a pojištění jsem vyplnil(a) pouze toto oznámení. Jsem si vědom(a) důsledků nesprávných odpovědí na povinnost pojišťovny plnit. Souhlasím, aby Česká podnikatelská pojišťovna, a.s., Vienna Insurance Group (dále jen „pojišťovna“) zjišťovala pro potřebu šetření pojistné události můj zdravotní stav (zdravotní stav pojištěného) a ověřovala příslušnou zdravotní dokumentaci. Souhlasím s využitím svého rodného čísla pojištěným pro potřeby mé identifikace a šetření pojistné události. V souladu s ustanovením § 5 odst. 5 a § 9 písm. a) zákona č. 101/2000 Sb., o ochraně osobních údajů a o změně některých zákonů v platném znění (dále jen „zákon“), souhlasím se zpracováním a využitím mých osobních a citlivých údajů o zdravotním stavu. Tento souhlas dávám ve prospěch pojišťovny, a to v rámci jeho činnosti v pojišťovnictví po dobu nezbytně nutnou k zajištění výkonu práva a plnění povinností plynoucích z pojistné smlouvy. Informace o zpracovávání osobních a citlivých údajích bude poskytována v souladu s § 12 zákona a ochrana práv subjektu údajů bude zabezpečena v souladu s § 21 zákona.

Pojistné plnění poukažte:

- na adresu:
- na účet: kód banky:

V dne

podpis pojištěného
(zákonného zástupce – je-li pojištěný nezletilý)

Pojišťovna upozorňuje, že ten, kdo při uplatnění nároku na plnění z pojistné smlouvy uvede nepravdivé nebo hrubě zkreslené údaje nebo podstatné údaje zamlčí, vystavuje se možnosti postihu podle trestního zákona.

* nehodící se škrtněte

PRACOVNÍ NESCHOPNOST (je-li vyžadována neschopenka)

Upozornění a pokyny pro pojištěného:

1. Právo na pojistné plnění podle ujednání pojistné smlouvy vzniká za dobu pracovní neschopnosti (denní odškodné), trvá-li pracovní neschopnost v důsledku nemoci nebo úrazu déle než je stanovená karenční doba v pojistné smlouvě (např. 21 dnů, 28 dnů).
2. Vyplňte všechna čísla pojistek, kterými jste pojištěn(a) pro případ denní dávky v pracovní neschopnosti u České podnikatelské pojišťovny, a.s., Vienna Insurance Group. Po ukončení pracovní neschopnosti **nechte potvrdit 4. stranu** tohoto oznámení ošetřujícím lékařem. Bez uvedení čísel pojistek a podpisu pojištěného nelze pojistnou událost vyřadit.
3. Ke každé pojistné události vyplňte pouze jedno oznámení.
4. Pokud nestačí pro požadované údaje místo v předtištěných rubrikách, použijte samostatného papíru jako přílohy.

Počet příloh:

Čísla pojistných smluv:

POJIŠTĚNÝ:

Jméno a příjmení pojištěného:

Rodné číslo:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Adresa:

Telefon:

Adresa zaměstnavatele (včetně telefonního čísla):

ÚDAJE O POJISTNÉ UDÁLOSTI:

Datum: Podrobný popis průběhu a okolností nemoci/úrazu:

Byl(a) jste s tímto druhem onemocnění/úrazu již dříve v pracovní neschopnosti? Pokud ano, kdy? (uveďte, prosím, jméno a adresu ošetřujícího lékaře):

Vaše zdravotní pojišťovna:

Jméno, adresa současného ošetřujícího lékaře:

Jméno, adresa odborného lékaře:

Jméno, adresa obvodního lékaře:

PŘILOŽTE - kopii dokladu o pracovní neschopnosti včetně data ukončení

- jste-li osoba samostatně výdělečně činná a neplatíte si nepovinné nemocenské pojištění a doklad o pracovní neschopnosti nemáte tudíž vystavený, doložte kopii živnostenského listu a místopřísežné prohlášení, že si nemocenské pojištění neplatíte

PROHLÁŠENÍ

Prohlašuji, že jsem na všechny dotazy odpověděl(a) pravdivě a úplně a že k výše uvedenému pojištění jsem vyplnil(a) pouze toto oznámení. Jsem si vědom(a) důsledků nesprávných odpovědí na povinnost pojišťovny plnit. Souhlasím s tím, aby si Česká podnikatelská pojišťovna, a.s., Vienna Insurance Group (dále jen „pojistitel“) vyžádala a ověřila veškerou potřebnou zdravotní dokumentaci o mém léčení a zdravotním stavu. V souladu s ustanovením § 5 odst. 5 a § 9 písm. a) zákona č. 101/2000 Sb., o ochraně osobních údajů a o změně některých zákonů v platném znění (dále jen „zákon“), souhlasím se zpracováním a využitím mých osobních a citlivých údajů o zdravotním stavu. Tento souhlas dávám ve prospěch pojistitele, a to v rámci jeho činnosti v pojišťovnictví po dobu nezbytně nutnou k zajištění výkonu práva a plnění povinností plynoucích z pojistné smlouvy. Informace o zpracovávaných osobních a citlivých údajích bude poskytována v souladu s § 12 zákona a ochrana práv subjektu údajů bude zabezpečena v souladu s § 21 zákona. Prohlašuji, že po dobu pracovní neschopnosti nevykonávám přechodně žádným způsobem svoji pracovní činnost, ani řídicí či kontrolní činnost, a to ani po omezenou část dne.

Pojistné plnění poukažte:

- na adresu:

- na účet: kód banky:

V dne

podpis pojištěného

Pojistitel upozorňuje, že ten, kdo při uplatnění nároku na plnění z pojistné smlouvy uvede nepravdivé nebo hrubě zkreslené údaje nebo podstatné údaje zamlčí, vystavuje se možnosti postihu podle trestního zákona.

