

## Oznámení škodní události

Doručeno

Pojištění osob

Úraz

Pro interní  
potřeby  
pojistitele

### Pokyny pro pojištěného:

Oznámení úrazu máte možnost nahlásit způsobem, který Vám bude nejlépe vyhovovat, a to i elektronicky nebo telefonicky.

Elektronické oznámení můžete uskutečnit přes internet, adresa [www.allianz.cz/pro-klienty/oznamit-novou-udalost/zivot/uraz.html](http://www.allianz.cz/pro-klienty/oznamit-novou-udalost/zivot/uraz.html); telefonické oznámení na čísle 224 405 111. V případě oznámení těmito formami formulář nepředkládáte vyplnění lékaři (neztrácíte čas ani peníze).

Jestliže se rozhodnete pro oznámení úrazu formou tohoto písemného formuláře, postupujte následovně: vyplňte prosím přední stranu formuláře; zadní stranu vyplní odborný lékař (ortoped, chirurg atd.), který Vás léčil. Pokud úraz léčil praktický lékař, vyplní zadní stranu formuláře tento praktický lékař. Vyplněný formulář s přílohami zašlete na shora uvedenou adresu – úsek likvidace pojistných událostí osob.

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

|  |  |  |      |         |          |     |  |                        |  |        |  |       |  |
|--|--|--|------|---------|----------|-----|--|------------------------|--|--------|--|-------|--|
| Uveďte čísla všech pojistných smluv, ze kterých za oznamovaný úraz uplatňujete nárok na pojistné plnění:   |  |  |      |         |          |     |  |                        |  |        |  |       |  |
| 1.   |  |  |      |         |          |     |  |                        |  |        |  |       |  |
| 2.   |  |  |      |         |          |     |  |                        |  |        |  |       |  |
| 3.   |  |  |      |         |          |     |  |                        |  |        |  |       |  |
| Jméno a příjmení pojištěného:  |  |  |      |         |          |     |  | Rodné číslo:           |  |        |  |       |  |
| 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: |  |        |  |       |  |
| Adresa trvalého bydliště (včetně PSČ):   |  |  |      |         |          |     |  | Telefon domů / mobil:  |  |        |  |       |  |
| Kontaktní adresa pro tuto škodnou událost:   |  |  |      |         |          |     |  |                        |  |        |  |       |  |
| E-mail:  |  |  |      |         |          |     |  |                        |  |        |  |       |  |
| Jméno, příjmení, adresa a telefon současného praktického lékaře:   |  |  |      |         |          |     |  |                        |  |        |  |       |  |
| K úrazu došlo dne:   |  |  |      | hodina: |          |     |  | místo:                 |  |        |  |       |  |
| Popište, 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:  |  |  |      |         |          |     |  |                        |  |        |  |       |  |
|  |  |  |      |         |          |     |  |                        |  |        |  |       |  |
| Adresa zdravotnického zařízení, které poskytlo první ošetření:   |  |  |      |         |          |     |  | Kdy?                   |  |        |  |       |  |
| Kde jste se léčil následně? (Jména lékařů, adresy, telefony):  |  |  |      |         |          |     |  |                        |  |        |  |       |  |
|  |  |  |      |         |          |     |  |                        |  |        |  |       |  |
|  |  |  |      |         |          |     |  |                        |  |        |  |       |  |
| Vyšetřovala případ policie? Pokud ano, uveďte přesnou adresu útvaru, který věc šetřil, pod jakým číslem jednacím, případně telefon a jméno policisty, který věc vyřizoval: |  |  |      |         |          |     |  |                        |  |        |  |       |  |
|  |  |  |      |         |          |     |  |                        |  |        |  |       |  |
|  |  |  |      |         |          |     |  |                        |  |        |  |       |  |
| Jména a adresy svědků úrazu:   |  |  |      |         |          |     |  |                        |  |        |  |       |  |
| 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/a i v jiných komerčních pojištoven?*   |  |  | ANO  |         | NE       |     | Pokud ano, u kterých?                                    |                        |  |        |  |       |  |

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 pojišťovna zjišťovala a přezkoumávala můj fyzický i psychologický 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 pojišťovně, a proto zprostředkovaně pověřuji lékaře a pracovníky zdravotnických zařízení.

Souhlasím též s tím, aby si pojišťovna vyžádala 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 pojišťovna 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 pojišťovna tyto údaje o zdravotním stavu zpracovávala po celou dobu trvání nároků z tohoto pojištění.

Plnění poukážte na účet: \_\_\_\_\_

V \_\_\_\_\_ dne \_\_\_\_\_

podpis pojištěného, zákonného zástupce  
(oprávněné osoby)

# Lékařská zpráva ošetřujícího lékaře a doklad o pracovní neschopnosti

Ošetřující lékař potvrzuje, že ošetřoval pojištěného, a zjistil tělesná poškození a zdravotní újmy v uvedeném rozsahu:

|  |              |  |  |  |  |     |  |  |   |  |  |       |  |  |  |  |  |
|--|--------------|--|--|--|--|-----|--|--|---|--|--|-------|--|--|--|--|--|
| Iméno a příjmení pojištěného:  | rodné číslo: |  |  |  |  |     |  |  |   |  |  |       |  |  |  |  |  |
| Datum vzniku úrazu:  |              |  |  |  |  |     |  |  |   |  |  |       |  |  |  |  |  |
| Kdy došlo (podle zdravotní dokumentace) k prvnímu lékařskému ošetření?                                       |              |  |  |  |  | Dne |  |  | v |  |  | hodin |  |  |  |  |  |
| Kde bylo provedeno první ošetření? Uveďte, prosím, jméno a příjmení lékaře a adresu zdravotnického zařízení: |              |  |  |  |  |     |  |  |   |  |  |       |  |  |  |  |  |
|  |              |  |  |  |  |     |  |  |   |  |  |       |  |  |  |  |  |
| Co uvedl poraněný při prvním ošetření jako příčinu úrazu?  |              |  |  |  |  |     |  |  |   |  |  |       |  |  |  |  |  |

|   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |            |   |  |    |  |  |  |  |  |  |  |
|---|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|------------|---|--|----|--|--|--|--|--|--|--|
| Došlo k úrazu následkem požití alkoholu nebo návykových látek?*   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | ANO        |   |  | NE |  |  |  |  |  |  |  |
| V krvi bylo zjištěno  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | %alkoholu. | V případě návykové látky – o jaký druh pravděpodobně šlo? |  |    |  |  |  |  |  |  |  |
| Příznaky požití alkoholu nebo návykových látek a do jaké míry požitý alkohol / návyková látka ovlivnila chování poraněného: |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |            |   |  |    |  |  |  |  |  |  |  |
|   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |            |   |  |    |  |  |  |  |  |  |  |
| Bylo příčinou úrazu úmyslné sebepoškození nebo pokus o sebevraždu?*   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | ANO        |   |  | NE |  |  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| Diagnóza vlastního zranění a přesný popis tělesného poškození způsobeného úrazem s určením jeho rozsahu: |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Podrobně, prosím, popište způsob léčby:  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

|  |  |    |  |    |  |                                  |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |
|--|--|----|--|----|--|----------------------------------|--|--|--|--|--|----|--|--|--|--|--|----|--|--|--|--|--|
| *RTG   |  | CT |  | MR |  | jiné speciální vyšetření – jaké? |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |
| Provedeno kdy:   |  |    |  |    |  | kde:                             |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |
| Přesný opis nálezu:  |  |    |  |    |  |                                  |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |
|  |  |    |  |    |  |                                  |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |
| V případě fixace – druh:   |  |    |  |    |  | od                               |  |  |  |  |  | do |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |
| Rehabilitace – způsob RHB léčby a počet absolvovaných procedur; adresa RHB zařízení: |  |    |  |    |  |                                  |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |
|  |  |    |  |    |  |                                  |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |
| Délka RHB léčby: od  |  |    |  |    |  |                                  |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  | do |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |         |  |  |  |  |  |         |  |  |  |  |  |     |  |  |    |  |                         |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|---------|--|--|--|--|--|---------|--|--|--|--|--|-----|--|--|----|--|-------------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| Kde byl zraněný hospitalizován?                    |  |  |  |  |  | Od kdy? |  |  |  |  |  | Do kdy? |  |  |  |  |  |     |  |  |    |  |                         |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| <b>Přílozte, prosím, kopii propouštěcí zprávy.</b> |  |  |  |  |  |         |  |  |  |  |  |         |  |  |  |  |  |     |  |  |    |  |                         |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Předpokládáte, že úraz zanechá trvalé následky?*   |  |  |  |  |  |         |  |  |  |  |  |         |  |  |  |  |  | ANO |  |  | NE |  | Jakého druhu a rozsahu: |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |         |  |  |  |  |  |         |  |  |  |  |  |     |  |  |    |  |                         |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

|   |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |
|---|--|--|--|--|--|----|--|--|--|--|--|----|--|--|--|--|--|
| Byla poraněná část těla již před úrazem postižena? 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 |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                   |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|-------------------|--|--|--|--|--|
| <b>Doklad o pracovní neschopnosti u osob nemocensky pojištěných:</b>                 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                   |  |  |  |  |  |
| Den vystavení dokladu o pracovní neschopnosti:                                       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | Číslo dokladu PN: |  |  |  |  |  |
| Od kdy, do kdy trvala pracovní neschopnost (v případě jejího ukončení):              |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                   |  |  |  |  |  |
| V případě trvání pracovní neschopnosti její předpokládaný konec:                     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                   |  |  |  |  |  |
| Doklad o pracovní neschopnosti byl zaslán na správu sociálního zabezpečení – adresa: |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                   |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                   |  |  |  |  |  |

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 |  |  |  |  |  |
|-------------------------|--|--|--|--|--|----|--|--|--|--|--|----|--|--|--|--|--|

|                   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |   |  |  |  |  |  |
|-------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|---|--|--|--|--|--|
| V _____ dne _____ |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | razítko a podpis ošetřujícího lékaře<br>adresa zdrav. zařízení, telefon |  |  |  |  |  |
|-------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|---|--|--|--|--|--|

\* Pozn.: platnou variantu označte křížkem X v rámečku umístěném vpravo od správné varianty