

## Oznámení škodní události

Doručeno

Pojištění osob

Trvalé následky úrazu

Pro interní  
potřeby  
pojistitele

### Upozornění a pokyny pro pojištěného:

- Nárok na pojistné plnění za trvalé následky úrazu vzniká  
– v případě ukončení léčení, nastal-li ustálený stav  
– v případě, že ustálený stav ještě nenastal, po třech letech ode dne vzniku úrazu  
– nárok na pojistné plnění se promlčuje uplynutím 4 let ode dne vzniku pojistné události (tzn. že likvidační šetření musí být ukončeno v této lhůtě).
- „Záznam ošetřujícího lékaře“ (viz. druhá strana) předložte k vyplnění svému ošetřujícímu lékaři, který má k dispozici lékařskou dokumentaci týkající se Vašeho úrazu.
- Vyplněný formulář spolu s fotokopii zdravotní dokumentace, včetně popisů RTG snímků, týkajících se Vašeho úrazu, zašlete na shora uvedenou adresu – úsek likvidace pojistných událostí osob.**
- K případné lékařské prohlídce Vás vyzve odborný lékař pojišťovny, postupujte podle jeho pokynů, uvedených v předvolání k prohlídce.
- Pojistné plnění za trvalé následky stanovuje po prošetření pojistitel ve smyslu příslušných pojistných podmínek pro úrazové pojištění.

Uvedte čísla všech pojistných smluv, ze kterých za oznamovaný úraz uplatňujete nárok na pojistné plnění:

1.		2.		3.	
----	--	----	--	----	--

Jméno pojištěného: \_\_\_\_\_ Rodné číslo: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
Bydliště: \_\_\_\_\_ PSČ: \_\_\_\_\_  
Telefon domů: \_\_\_\_\_ do zaměstnání: \_\_\_\_\_ Mobil: \_\_\_\_\_

Pracovní zařazení v době úrazu:

Jste registrovaný sportovec?* ANO	NE	Pokud ano, uveďte ve kterém sportu a v jaké soutěži:
Jste:*	pravák	levák

K úrazu došlo dne: \_\_\_\_\_ místo: \_\_\_\_\_  
Popište, prosím, souvisle a podrobně jak k úrazu došlo:  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Uplatňuji nárok na pojistné plnění za trvalé následky úrazu ze dne \_\_\_\_\_ a dokládám svou žádost vyjádřením ošetřujícího lékaře.

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 důsledku 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.

Plnění poukažte na účet: \_\_\_\_\_  
V \_\_\_\_\_ dne \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ podpis pojištěného, zákonného zástupce

Následující část k identifikaci vyplní pojišťovavci/zprostředkovatel/zaměstnanec Allianz pojišťovny, a. s. (vyplňuje se při plnění nad 450 000,- Kč):

Prohlašuji, že jsem v souladu se zákonem č. 253/2008 Sb., o některých opatřeních proti legalizaci výnosů z trestné činnosti a financování terorismu, zaznamenal a ověřil identifikační údaje pojištěného, resp. jeho zástupce, z níže uvedeného průkazu totožnosti a ověřil shodu jeho podoby s vyobrazením ve výše uvedeném průkazu totožnosti. :			
Jméno a příjmení příjemce plnění:	Rodné číslo:	Druh dokladu (OP/RP/pas):	
Číslo dokladu:	Vydáno kým:	Vydáno dne:	Platnost do:
Identifikaci provedl:	Místo a den identifikace:	Razítko a podpis osoby, která provedla identifikaci:	

# Zpráva ošetřujícího lékaře

1. Jaké trvalé následky úraz ze dne _____ zanechal? Nastaly zjištěné změny výlučně úrazem?*		ANO	<input type="checkbox"/>	NE	<input type="checkbox"/>
Popis objektivních příznaků a přesný popis poruchy funkcí, těch částí lidského organismu, které byly úrazem postiženy:					
a) omezení hybnosti kloubu – který kloub byl postižen?					
Vyjádřete, prosím, omezení ve stupních a vyplňte i pro zdravý párový kloub (vyplní odborný lékař – ortoped, chirurg, rehabilitační lékař)					
flexe	L	P	extenze	L	P
zevní rotace	L	P	vnitřní rotace	L	P
abdukce	L	P	addukce	L	P
pronace	L	P	supinace	L	P
Při poranění kloubů ruky uveďte nedovření do dlaně v cm					
Jiné údaje:					
b) v případě jizev uveďte jejich přesnou lokalizaci, délku či plochu, tvar a charakter:* normální <input type="checkbox"/> hypertrofická <input type="checkbox"/> keloidní <input type="checkbox"/>					
v případě plošných jizev u klienta uveďte současně: váha _____ kg      výška _____ cm					
c) ostatní trvalé následky:					

2. Mají vliv na celkový rozsah trvalých následků choroby s úrazem nesouvisející? Když ano, tak jaké? (např. diabetes mellitus, hemat. onemocnění apod.)

3. Byla poraněná končetina nebo orgán již před úrazem postižen/a? Kdy a v jakém rozsahu:

4. Je skončeno léčení úrazu a je současný zdravotní stav ustálen?
Když ne, tak uveďte diagnózu:

5. Ostatní zdravotní sdělení ošetřujícího lékaře:

6. V nezbytných případech prosíme o spolupráci při zapůjčení RTG snímků pro potřeby posouzení trvalých následků odborným lékařem pojišťovny.
Poskytněte, prosím, klientovi fotokopie posledních odborných nálezů, aby nám je mohl odeslat společně s tímto formulářem.

V _____ dne _____	_____
razítko a podpis ošetřujícího lékaře adresa zdrav. zařízení, telefon	

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