

## Oznámení úrazu

## Pokyny pro pojištěného:

Nárok na denní odškodné po dobu nezbytného léčení úrazu vzniká tehdy, je-li délka pracovní neschopnosti či doba léčení u sazeb pojištění 1, 2 UP nejméně 15 dní, u ostatních sazeb pojištění a u BABY karty nejméně 22 dní.

Vyplňte prosím přední stranu formuláře, zadní stranu si nechte vyplnit odborným lékařem (např. ortopedem, chirurgem, apod.), který daný úraz léčil. Jestliže úraz léčil pouze praktický lékař, vyplní rubovou stranu on. Jestliže je podle pojistné smlouvy podmínkou plnění denního odškodného za dobu nezbytného léčení vystavení dokladu pracovní neschopnosti, přiložte jeho fotokopii k oznámení úrazu.

Osoba, která uplatňuje pojistné plnění z úrazového pojištění osob ve vozidle, vyplní i příslušnou část formuláře. Potvrzení o oprávněném užívání vozidla vyplní jeho vlastník.

Vyplněný formulář s případnými přílohami (v příloze uveďte údaje, které se nevešly do formuláře) a stvrzenkou (doklad o úhradě za vyplnění formuláře lékařem) zašlete na shora uvedenou adresu.

Uveďte čísla všech pojistných smluv, ze kterých za oznamovaný úraz uplatňujete nárok na pojistné plnění		
1. <input type="text"/>	2. <input type="text"/>	3. <input type="text"/>
Jméno a příjmení pojištěného: .....	Rodné číslo: <input type="text"/> / <input type="text"/>	Pracovní zařazení v době úrazu: .....
Adresa zaměstnavatele (vlastní fy): .....		Telefon do zaměstnání: .....
Adresa bydliště (včetně PSČ): .....		Telefon domů: .....
Jste pojištěn podle zákona o nemocenském pojištění i pro nemocenské dávky? Ano <input type="checkbox"/> Ne <input type="checkbox"/>		Když ano, uveďte přesnou adresu správy sociálního zabezpečení, která Vám vyplácí nemocenské dávky .....
K úrazu došlo dne ..... hodina ..... místo .....		
Popište, prosím, souvisle a podrobně jak k úrazu došlo: .....		
.....		
.....		
Která část těla byla poraněna? .....		Byla tato část těla postižena či léčena již před úrazem? Jak? .....
Adresa zdravotnického zařízení které poskytlo první ošetření: .....		Kde jste se léčil následně? .....
..... Kdy? .....		.....
Vyšetřovala případ policie? Když ano, uveďte přesnou adresu útvaru, který věc šetřil, pod jakým číslem jednacím, případně telefon a jméno policisty, který věc vyřizoval: .....		
.....		
Jména a adresa svědků úrazu: .....		
.....		
Jste registrovaný sportovec? Ano <input type="checkbox"/> Ne <input type="checkbox"/> Když ano, uveďte ve kterém sportu a v jaké soutěži: .....		
.....		

## Následující část vyplňte pouze při uplatňování nároku na pojistné plnění z úrazového pojištění osob ve vozidle

Informace k vozidlu při jehož provozu se úraz stal:
Značka ..... Druh ..... SPZ .....
VIN (číslo podvozku karoserie) ..... Číslo osvědčení o technickém průkazu .....
Datum provedení poslední technické prohlídky vozidla .....
Informace k osobám – uveďte jméno, příjmení a adresu následujících osob:
Řidiče vozidla: .....
Pojistníka: .....
Spolujezdce(ců) ve vozidle .....
Potvrzení vlastníka vozidla případně nájemce, je-li vlastníkem vozidla leasingová společnost:
Potvrzuji, že shora uvedené informace uváděné osobou uplatňující nárok na pojistné plnění jsou v souladu se skutečností a že vozidlo bylo v době úrazu užíváno oprávněně
V ..... dne ..... Podpis vlastníka (nájemce) .....

## Prohlášení

<p>Prohlašuji, že souhlasím s tím, aby Allianz pojišťovna, a. s. zjišťovala a přezkoumávala můj fyzický i psychický zdravotní stav u všech lékařů, zdravotnických zařízení, zařízení poskytujících zdravotní péči, u kterých jsem se dosud léčil, léčím nebo se budu léčit. Tento souhlas uděluji za účelem vyřizování pojistné události a dále zmocňuji lékaře, zdravotnická zařízení a zařízení poskytující zdravotní péči k vyhotovení lékařských zpráv, výpisu ze zdravotní dokumentace či k jejich zapůjčení. Tímto zprošťuji povinnosti mlčenlivosti pojistitelem dotazované lékaře, zdravotnická zařízení a zařízení poskytující zdravotní péči.</p> <p>Dále prohlašuji, že jsem všechny otázky ve formuláři zodpověděl pravdivě a úplně a že jsem si vědom důsledků nesprávných, nepravdivých nebo hrubě zkrácených údajů a souhlasím s tím, aby si Allianz pojišťovna, a. s. vyžádala kopii dokladu pracovní neschopnosti a jiné informace nezbytně nutné k stanovení rozsahu pojistného plnění (od zaměstnavatele, Policie ČR, Obecní policie, soudů atd.).</p> <p>Plnění poukažte na adresu: ..... na účet: .....</p> <p>V ..... dne ..... ..... ..... podpis pojištěného, oprávněné osoby (zákonného zástupce)</p>
--

# Lékařská zpráva ošetřujícího lékaře a doklad o pracovní neschopnosti

(za vyplnění tohoto tiskopisu Vám náleží odměna ve výši 100 Kč; její přijetí potvrďte nahlašovateli úrazu stvrzenkou)

Přijetí odměny tímto potvrzuji:

.....  
razítko a podpis ošetřujícího lékaře

Ošetřující lékař potvrzuje, že ošetřoval pojištěného, který je uveden na první straně tohoto oznámení a zjistil tělesná poškození a zdravotní újmy tohoto druhu a rozsahu:

Kdy došlo (podle zdravotní dokumentace) k prvnímu lékařskému ošetření? Dne ..... v ..... hodin
Diagnóza vlastního zranění a zevrubný popis tělesného poškození způsobeného úrazem s určením jeho rozsahu: ..... ..... .....
Odpovídá ošetřované tělesné poškození a jeho rozsah úrazovému ději, jak je uveden na 1. str. tohoto oznámení? Ano <input type="checkbox"/> Ne <input type="checkbox"/>
RTG nález s popisem: ..... ..... .....
Popište, prosím, podrobně způsob a druh ošetření (u rehabilitace udejte výsledky léčby, jak často a jak dlouho byla prováděna): Fixace (druh): Od ..... Do ..... RHB (druh): Od ..... Do .....
Kde byl poraněný hospitalizován? ..... Od kdy? ..... Do kdy? .....
Předpokládáte, že úraz zanechá trvalé následky? Ano <input type="checkbox"/> Ne <input type="checkbox"/> Jakého pravděpodobného druhu a rozsahu: .....
Došlo k úrazu následkem požití alkoholu nebo návykových látek? Ano <input type="checkbox"/> Ne <input type="checkbox"/> V krvi bylo zjištěno ..... ‰ alkoholu. O jaký druh návykové látky pravděpodobně šlo? ..... Do jaké míry požitý alkohol / návyková látka ovlivnila chování poraněného? .....
Byla poraněná končetina nebo orgán již před úrazem poškozen (-a)? Kdy a v jakém rozsahu: ..... Došlo-li k prodloužení doby pracovní neschopnosti v důsledku dalších komplikací souvisejících s úrazem, uveďte, prosím, z jaké příčiny a o jaké komplikace šlo: ..... ..... Skutečná doba pracovní neschopnosti v důsledku úrazu (včetně této komplikace): Od ..... Do .....

## Doklad o pracovní neschopnosti u osob nemocensky pojištěných:

**Vyplňte u všech pojištěných osob, které jsou nemocensky pojištěny:**

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: .....

## Doklad o pracovní neschopnosti pro pojišťovnu Allianz u osob samostatně výdělečně činných (OSVČ) nemocensky nepojištěných:

Potvrzuji, že na základě shora uvedené lékařské zprávy nedovoluje (nedovoloval) pojištěnému jeho zdravotní stav pro shora uvedený úraz vykonávat jeho dosavadní samostatnou výdělečnou činnost (u studentů – studium, u žen na mateřské dovolené – řádnou starost o děti, atd.)

Pracovní neschopnost trvala: Od ..... Do .....

V případě trvání pracovní neschopnosti její předpokládaný konec: .....

## Potvrzení o skutečné době léčeni u pojištěných, kterým se nepřiznává pracovní neschopnost (dětí, studenti, atd.) nebo se u nich podle pojistné smlouvy doklad o pracovní neschopnosti nevyžaduje (osoby pojištěné úrazovým pojištěním osob ve vozidle):

Doba skutečného nezbytného léčení: Od ..... Do .....

V ..... dne .....

.....  
razítko a podpis ošetřujícího lékaře  
adresa zdrav. zařízení, telefon