

# Oznámení o úrazu

pojistná smlouva č.:



\*GLT5020011\*



Generali Pojišťovna a.s.  
Bělehradská 132  
120 84 Praha 2  
Česká republika  
Infolinka 800 150 155  
(dále jen „pojistitel“)

Vyplňte, prosím, první stranu formuláře, druhou stranu vyplní ošetřující lékař.

## Nepřehlédněte:

- Při komunikaci s pojišťovnou (v každém sdělení nebo dotazu) je vždy nutné **uvést číslo Vaší pojistné smlouvy**. V případě nejasností či dotazů je Vám k dispozici naše modrá linka 844 188 188.
- Každý úraz nahlášte neprodleně. Po úrazu ihned vyhledejte lékařskou pomoc a v léčení pokračujte až do jeho skončení. Další práva a povinnosti spojené se vznikem škodné události jsou uvedeny ve všeobecných pojistných podmínkách platných pro Vaši smlouvu.
- Pro posouzení škodné události je nutné předložit všechny doklady, které si pojistitel vyžádá (např. v případě hospitalizace: kopie propouštěcí zprávy, v případě operace: kopie operačního protokolu). Pokud Vám byla vystavena pracovní neschopnost, předložte kopii „Potvrzení pracovní neschopnosti“.

## Pojistník

příjmení, jméno, titul (příp. obchodní firma, název) 151

rodné číslo (příp. IČ) nebo datum narození 152 telefonní spojení 153

ulice, číslo popisné a orientační 154

PSC 155 obec - část obce 156

současné, příp. i vedlejší povolání pojištěného 163

Jste-li v současné době nezaměstnaný/á, uveďte od kdy (přesné datum): 164

## Pojištěný (není-li totožný s pojistníkem)

příjmení, jméno, titul 157

rodné číslo nebo datum narození 158 telefonní spojení 159

ulice, číslo popisné a orientační 160

PSC 161 obec - část obce 162

praktický lékař pojištěného (jméno, adresa, telefon) 165

Při jaké činnosti k úrazu došlo:  166 v zaměstnání  167 v domácnosti  168 ve volném čase  169 při dopravní nehodě  170 při jiné činnosti 171

172 při sportu, jakém: 173 ve které soutěži: 174 jste-li registrovaným sportovcem, od kdy: 175

**datum a hodina, kdy k úrazu došlo** 176 kde k úrazu došlo 177

Podrobný a přesný popis okolností úrazu (jak k úrazu došlo, jaké je zranění a jaká část těla je poraněna): 178

Kdy a kterým lékařem Vám byla poskytnuta první pomoc (jméno, adresa, telefon)? 180

Orgán Policie ČR, který provádí vyšetřování, nutno přiložit kopii policejního protokolu: 182

Ošetřující lékař v době úrazu (jméno, adresa, telefon): 181

Byl/a-li jste hospitalizován/a, uveďte údaje nemocnice (adresa, oddělení)? 183

1. Byl/a jste již před oznamováním úrazem stížen/a tělesnou nebo smyslovou nemocí nebo vadou?  184 ano  185 ne Jakou? 186

2. Pobíráte invalidní důchod?  187 nepobírám  188 ano, částečný  189 ano, plný pokud ano, od kterého data 192

3. Případné pojistné plnění si přejete poukázat na:  191 účet číslo účtu - kód banky 195

194 na adresu 195

## Prohlášení pojištěného / pojistníka

Jsem si vědom/a své povinnosti pravdivě a úplně odpovědět na všechny dotazy pojistitele a uvést všechny informace, i ty, které se mi jeví jako nepodstatné. Beru na vědomí, že při porušení těchto povinností má pojistitel právo od pojistné smlouvy odstoupit, snížit nebo odmítnout pojistné plnění. Zprošuji státní zastupitelství, polici a další orgány činné v trestním řízení, hasičský záchranný sbor, lékaře, zdravotnická zařízení, nebo záchrannou službu povinností mlčenlivosti. Současně zmocňuji pojistitele, resp. jím pověřenou osobu, aby ve všech řízeních probíhajících v souvislosti se škodnou událostí mohl nahlížet do soudních, policejních, zdravotních případně jiných úředních spisů, zhotovovat z nich kopie či vypsí.

Zavazuji se informovat pojistitele o ošetřujících lékařích a zdravotnických zařízeních a zjišťovat od nich pojištěním požadované zprávy. Zároveň pojištěním uděluji souhlas k nahlížení do zdravotnické dokumentace a dále se zavazuji mu poskytnout veškeré informace shromážděné ve zdravotnické dokumentaci vedené o mé osobě v jiných zápisech, které se vztahují k mému zdravotnímu stavu, nebo že jejich poskytnutí zajistím.

Zprošuji mlčenlivosti a zmocňuji tímto ošetřujícího lékaře, zdravotnická zařízení, zdravotní pojišťovny a orgány správy sociálního zabezpečení k poskytnutí informací a dokladů ze zdravotnické dokumentace; dále pojištěním zmocňuji, aby si od lékařů a zdravotnických zařízení vyžadoval nutné informace o mém zdravotním stavu bez obsahového omezení. Zavazuji se zajistit na výzvu pojistitele bezodkladně veškeré informace o zdravotní péči, která mi byla poskytnuta lékaři a zdravotnickými zařízeními z veřejného zdravotního pojištění. Zároveň souhlasím s tím, aby pojištěním v případě potřeby ověřoval, zda pobírám invalidní důchod.

Zmocňuji pojistitele k nahlídnutí do podkladů jiných pojišťoven a veškerých rozhodujících podkladů v souvislosti se šetřením škodných událostí a výplatou pojistného plnění. Výše uvedené souhlasly a zmocnění se vztahují i na dobu po mé smrti.

Beru na vědomí, že pojištěním není povinen vyplácet pojistné plnění do doby, než mu budou poskytnuty doklady potřebné pro likvidaci škodné události, zejména ty, které si pojistitel vyžádá.

Souhlasím s tím, aby mé osobní údaje (adresní a identifikační) a údaje o zdravotním stavu byly zpracovány správcem Generali Pojišťovna a.s., Bělehradská 132, 120 84 Praha 2, Česká republika a jeho smluvními partnery (zejména pojistňovacími zprostředkovateli) splňujícími podmínky zákona č. 101/2000 Sb., o ochraně osobních údajů pro účely pojistňovací činnosti a dalších činností vymezených zákonem č. 363/1999 Sb., o pojišťovnictví, a to po dobu nezbytně nutnou k zajištění práv a povinností plynoucích ze závazkového právního vztahu a dále po dobu vyplývající z obecně závazných právních předpisů.

Souhlasím s předáváním a poskytováním osobních údajů a údajů o zdravotním stavu subjektům mezinárodního koncernu Generali a zajišťovacími partnery, pro účely a dobu uvedenou v předchozí větě.

Prohlašuji, že jsem byl/a ve smyslu zákona č. 101/2000 Sb., informován/a o svých právech a povinnostech a o právech a povinnostech správce Generali Pojišťovna a.s., zejména o právu přístupu k osobním údajům, jakož i o dalších právech dle tohoto zákona. Zavazuji se, že bez zbytečného odkladu nahlásím jakoukoliv změnu zpracovávaných údajů.

podpis (otisk razítka organizace, nutné u smluv skupinového úrazového pojištění) 197

jméno a příjmení pojistníka 196

Je-li jím právnická osoba, pak osoby oprávněné jednat za pojistníka 197

jméno a příjmení pojištěného 198

Zákonného zástupce v případě nezletilosti pojištěného 198 podpis 199

r.č. zák. zástupce 200 místo 201 dne 202

nezletilého pojištěného 200

