GENERALI
ČESKÁ POJIŠŤOVNA

Oznámení pojistné události
Úraz

Upozornění: U políček platnou variantu označte křížkem. X

Čísla pojistných smluv, kterými jste u Generali České pojišťovny a.s. pojištěn(a) pro případ úrazu

4 8 8 7 9 9 3 0 4 2

ÚDAJE O ZRANĚNÉM

Příjmení / Titul | Pohlaví muž žena

Jméno | Rodné číslo

Místo narození: | Státní občanství ČR ANO Jiné

Vyplňte jen v případě, nebylo-li přiděleno rodné číslo. Datum narození

Ulice (místo) | Č.p./č.or.

Obec (pošta) | PSČ

Telefon / E-mail

Pojistné plnění poukažte na účet

předčíslí účtu | číslo účtu | kód banky

Praktický lékař

Jméno, adresa, telefon

Povolání v době úrazu a bližší popis pracovní činnosti

Byl(a) jste v době úrazu registrovaným sportovcem? ANO NE

Uveďte druh sportu a v jaké soutěži

ÚDAJE K POJISTNÉ UDÁLOSTI

Datum úrazu | Která část těla byla poraněna?

Místo úrazu (obec) | Zdravotnické zařízení, kde probíhala léčba (adresa, telefon)

Uveďte činnost a okolnosti, za kterých k úrazu došlo

U končetin a párových orgánů označte stranu PRAVÁ LEVÁ | Jste PRAVÁK LEVÁK

Byly okolnosti úrazu vyšetřovány? ANO NE **Pokud ANO**, přiložte zprávu s konečným výsledkem šetření.

Adresa útvaru Policie ČR, který případ šetří

Vyplňte jen v případě, jde-li o úraz osob dopravovaných motorovým vozidlem. RZ (SPZ)

Pokud jste byl(a) řidičem, měl(a) jste v době úrazu platný řidičský průkaz? ANO NE Skupiny řidičského oprávnění

ÚDAJE K DOBĚ LÉČENÍ ÚRAZU

VYPLŇTE POUZE V PŘÍPADĚ, ŽE LÉČENÍ JIŽ BYLO UKONČENO.

Celková doba léčení od do

PROHLÁŠENÍ

Zmocňuji tímto pojistitele, aby v souvislosti s výkonem práv a s plněním povinností pojistitele vyplývajících z úrazového/životního pojištění zjišťoval či ověřoval můj zdravotní stav nebo zdravotní stav osoby, jejímž jsem zákonným zástupcem. Šetření je prováděno zejména formou dotazů u příslušných lékařů (zdravotnických zařízení), formou žádostí o poskytnutí lékařských zpráv, zapůjčení zdravotnické dokumentace, popř. pořízení výpisů nebo opisů ze zdravotnické dokumentace nebo z jiných zápisů, které se ke zdravotnímu stavu vztahují. Zmocnění pro šetření pojistné události uděluji i na dobu po mé smrti či smrti osoby, jejímž jsem zákonným zástupcem. V souvislosti s výše uvedeným zprošťuji povinnosti mlčenlivosti lékaře, pracovníky zdravotnických zařízení a zdravotní pojišťovny, které pojistitel požádá o uvedené informace. Zavazuji se pro účely šetření pojistné události informovat pojistitele o lékařích a zdravotnických zařízeních, u nichž jsem léčen(a)/byl(a) jsem léčen(a). Prohlašuji, že jsem byl informován o zpracování osobních údajů potřebných pro šetření škodní události, a to včetně údajů o zdravotním stavu. Beru na vědomí, že podrobnosti týkající se osobních údajů jsou dostupné na www.generaliceska.cz v sekci Osobní údaje a dále v obchodních místech pojistitele. Zavazuji se, že pojistiteli bezodkladně oznámím případné změny osobních údajů. Oznamuji-li událost za dítě, prohlašuji, že jsem způsobilý(á) k právním jednáním v plném rozsahu a nebyl(a) jsem zbaven(a) své rodičovské odpovědnosti. Jsem seznámen(a) se skutečností, že pojistné plnění bude vyplaceno k mým rukám ve prospěch dítěte. Jsem si plně vědom(a) závažnosti tohoto prohlášení a uhradím Generali České pojišťovně a.s. škodu, která by vznikla výplatou pojistného plnění na základě mnou uvedených nepravdivých údajů. Prohlašuji, že jsem všechny údaje uvedl(a) pravdivě a úplně a že jsem si vědom(a) důsledků nesprávných odpovědí na povinnost pojistitele plnit.

V dne 20

Podpis zraněného nebo jeho zákonného zástupce
(v případě zákonného zástupce uveďte jméno, příjmení, RČ)