



NAHLÁŠENÍ ÚRAZU JE JEDNODUCHÉ...

Oznámení pojistné události – úraz máte možnost nahlásit způsobem, který Vám nejlépe vyhovuje, a to:

- elektronicky prostřednictvím internetu na adrese www.ceskapojistovna.cz
- telefonicky na čísle klientského servisu +420 841 114 114
- osobně na kterémkoli obchodním místě České pojišťovny a.s.
- zasláním papírového formuláře poštou na adresu: Česká pojišťovna a.s., P.O.BOX 305, 601 00 Brno

Pokud se rozhodnete pro oznámení úrazu formou tohoto papírového formuláře, postupujte v souladu s níže uvedenými pokyny.

...Máte sjednané úrazové pojištění ve variantě DNL-MAX?

Formulář můžete vyplnit již po prvním kontrolním vyšetření. K vyplněnému formuláři přiložte lékařskou zprávu z prvního ošetření a lékařskou zprávu z kontrolního vyšetření potvrzující konečnou diagnózu poranění.



Lékařská zpráva z prvního ošetření

razítko
zdravotnického
zařízení
+
podpis lékaře



Lékařská zpráva z kontrolního vyšetření

razítko
zdravotnického
zařízení
+
podpis lékaře

- V případě, že jste byl/a pro léčení úrazu **hospitalizován/a**, přiložte navíc propouštěcí zprávu z hospitalizace.
- Nezbytné údaje týkající se předmětné pojistné události si je pojistitel oprávněn ověřit u příslušného lékaře zraněného nebo u instituce, která přiložené doklady vystavila (popřípadě vyžádat od zraněného).
- Na nákladech souvisejících s vyplněním a doložením lékařských zpráv a ostatních dokladů se Česká pojišťovna a.s. nepodílí.



...Máte sjednané úrazové pojištění v jiné variantě?

Formulář můžete vyplnit již po prvním lékařském ošetření. K vyplněnému formuláři přiložte lékařskou zprávu z prvního ošetření, případně další lékařské zprávy o průběhu léčení úrazu. Přiložením dalších lékařských zpráv výrazně usnadníte vyřízení pojistné události.



Lékařská zpráva z prvního ošetření

razítko
zdravotnického
zařízení
+
podpis lékaře

- V případě, že jste byl/a pro léčení úrazu **hospitalizován/a**, přiložte navíc propouštěcí zprávu z hospitalizace.
- V případě cestovního pojištění přiložte navíc doklad o sjednaném pojištění.
- Nezbytné údaje týkající se předmětné pojistné události si je pojistitel oprávněn ověřit u příslušného lékaře zraněného nebo u instituce, která přiložené doklady vystavila (popřípadě vyžádat od zraněného).
- Na nákladech souvisejících s vyplněním a doložením lékařských zpráv a ostatních dokladů se Česká pojišťovna a.s. nepodílí.



Výše uvedené dokumenty prosím předejte do České pojišťovny a.s.:

- elektronicky v naskenované podobě prostřednictvím internetových stránek www.ceskapojistovna.cz/klient
- osobně na kterémkoli obchodním místě (seznam a adresy najdete na www.ceskapojistovna.cz)
- poštou na adresu: Česká pojišťovna a.s., P.O.BOX 305, 601 00 Brno

V případě jakýchkoliv dotazů se prosím obraťte na pracovníky obchodních míst České pojišťovny a.s. nebo telefonicky na číslo klientského servisu +420 841 114 114.



ČESKÁ
POJIŠŤOVNA

Oznámení pojistné události Úraz

Prezentační razítko:

Upozornění: u políček platnou variantu označte křížkem ☒

ÚDAJE O ZRANĚNÉM

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

Příjmení / Titul

Jméno

Rodné číslo

Ulice (místo)

Č.p.

Obec (pošta)

PSČ

Telefon / E-mail

Pojistné plnění poukážte na účet

předčísí 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: Prohlašuji, že jsem všechny otázky zodpověděl(a) pravdivě a úplně a že jsem si vědom(a) důsledků nesprávných odpovědí na povinnost pojistitele plnit. Ve smyslu zákona č. 20/1966 Sb., o péči o zdraví lidu a Všeobecných pojistných podmínek pro úrazové pojištění, zmocňuji pojistitele k získání informací shromážděných ve zdravotnické dokumentaci vedené o mé osobě či o osobě, jejímž jsem zákonným zástupcem, potřebných k posouzení mých / jejích nároků na pojistné plnění z úrazového pojištění. Souhlasím, aby si pojistitel vyžádal potřebnou zdravotnickou dokumentaci o léčení a zdravotním stavu mém nebo osoby, jejímž jsem zákonným zástupcem, pro šetření úrazových pojistných událostí. Souhlas uděluji za účelem vyřizování pojistných událostí, případně i na dobu po mé smrti. Dále zmocňuji lékaře, zdravotnická zařízení a zařízení poskytující zdravotní péči k vyhotovení lékařských zpráv, výpisů ze zdravotnické dokumentace či k jejich zapůjčení. Tímto zprůšťuji od povinnosti zachovávat mlčenlivost lékaře, zdravotnická zařízení a zařízení poskytující zdravotní péči, které pojistitel požádá o uvedené informace. Pojistitel zpracovává ve smyslu z. č. 101/2000 Sb., o ochraně os. údajů, mé osobní údaje nebo osobní údaje osoby, jejímž jsem zákonným zástupcem, v souladu s tímto zákonem. Souhlasím s tím, aby mé osobní údaje byly zpracovávány pojistitelem v rámci činnosti v pojišťovnictví a činnosti související s pojišťovací a zajišťovací činností podle ustanovení § 1 a § 2 z. č. 363/1999 Sb., o pojišťovnictví, a to po dobu nezbytně nutnou k zajištění všech práv a povinností plynoucích ze závazkového vztahu.

V

dne

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



TC8925000107A

T. č. 89250 verze 07 LPU-ÚRAZ Strana 1 z 1

Vyplňte podle vzoru: A A Ä B C Č D ě E ě F G H I J K L M N Ň O ó Ö P Q R R S S T t U ů ů V W X Y Y Z ž 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9