

Oznámení o úrazu osob přepravovaných motorovým vozidlem



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

Vyplněný a podepsaný dotazník zašlete co nejdříve zpět.

číslo škodního spisu	<input type="text"/>	150	číslo pojistky	<input type="text"/>	151
----------------------	----------------------	-----	----------------	----------------------	-----

Pojistník (není-li totožný s pojištěným)	Pojištěný (zraněný)
příjmení, jméno, titul (obchodní firma, název)	příjmení, jméno, titul (obchodní firma, název)
adresa	adresa
PSČ	PSČ
telefon	telefon
registrační značka (SPZ)	rodné číslo
řidič (jméno, adresa, telefon)	zaměstnání
	adresa zaměstnavatele
	vedlejší pojištění <input type="checkbox"/> úrazové <input type="checkbox"/> životní <input type="checkbox"/>

datum úrazu	<input type="text"/>	168	hodina	<input type="text"/>	169	místo úrazu	<input type="text"/>	170	
Nehodu šetřila policie v:	<input type="text"/>	171				svědci (jména, adresy, telefony)	<input type="text"/>	173	
Počet osob ve vozidle v okamžiku nehody?	<input type="text"/>	172							
Byl jste v době nehody pod vlivem alkoholu?	<input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> ano	174 175				Které osoby ve vozidle včetně řidiče byly připoutány bezpečnostním pásem?	<input type="text"/>	181	
Byl jste připoután bezpečnostním pásem?	<input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> ano	176 177							
pracovní neschopnost	<input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> ano	178 179	od	<input type="text"/>	do	<input type="text"/>		180	
Podrobný popis nehody (příčina, způsob, okolnosti - je-li nutné využijte prostor na zadní straně):	<input type="text"/>								182

Který lékař (nemocnice) Vám poskytl/a první pomoc?	<input type="text"/>	183	ošetřující lékař (jméno, adresa)	<input type="text"/>	184				
hospitalizace od - do	<input type="text"/>	185	název nemocnice (adresa, oddělení)	<input type="text"/>	186	v ošetřování od - do	<input type="text"/>	187	
popis zranění	<input type="text"/>								188
Máte jiná zranění, která nebyla způsobena úrazem?	<input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> ano	189 190	Trvalé následky před úrazem:	<input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> ano	191 192	Trpěl jste před úrazem nějakým onemocněním?	<input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> ano	193 194	
popis zranění	<input type="text"/>		popis	<input type="text"/>		popis onemocnění	<input type="text"/>		195

Prohlášení

Jsem si vědom/a své povinnosti pravdivě a úplně odpovědět na všechny dotazy pojistitele a uvést i onemocnění a potíže, které se mi jeví jako nepodstatné. Současně se zavazuji písemně oznámit pojistiteli předchozí onemocnění a úrazy. Zavazuji se informovat pojistitele o ošetřujících lékařích a zdravotnických zařízeních a zajišťovat od nich pojistitelem požadované zprávy. Zároveň pojistiteli uděluji souhlas k nahlášení do zdravotnické dokumentace a dále se zavazuji poskytnout mu veškeré informace shromážděné ve zdravotnické dokumentaci vedené o mé osobě a v jiných zápisech, které se vztahují k mému zdravotnímu stavu nebo jejich poskytnutí zajistím. Zprošťuji mlčenlivosti a zmocňuji tímto ošetřující lékaře, zdravotnická zařízení, zdravotní pojišťovny a orgány správy sociálního zabezpečení k poskytnutí informací a dokladů ze zdravotnické a jiné dokumentace; dále pojistitele 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 v veřejného zdravotního pojištění. Výše uvedený souhlas a zmocnění se vztahuje i na dobu po mé smrti. Pojistitel není povinen vyplatit pojistné plnění do doby, než mu budou poskytnuty doklady potřebné pro likvidaci škodní události, zejména ty, které si vyžádá. V případě uzavření úrazového pojištění beru na vědomí, že v případě úrazu a uplatnění nároku na pojistné plnění z rizika denní odškodné jsem povinen předložit pojistiteli lékařem řádně vyplněný doklad o době léčení. Pojistitel je oprávněn odmítnout pojistné plnění, nebude-li takový doklad předložen.

Souhlasím s tím, aby mé adresní a identifikační údaje a údaje o zdravotním stavu byly zpracovávány správcem Generali Pojišťovna a.s., Bělehradská 132, 120 84 Praha 2, Česká republika a jejími smluvními zpracovateli splňujícími podmínky zákona č. 101/2000 Sb. (zejména pojišťovacími zprostředkovateli) pro účely pojišťovací 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. Odvoláním souhlasu se zpracováním osobních údajů pojištná smlouva zaniká, s výjimkou pojištění odpovědnosti za škodu způsobenou provozem vozidla, pojistitel dále neprovádí šetření škodních událostí a výplaty pojistných plnění. Pojistitel má v tomto případě právo na pojistné do konce období, v němž došlo k zániku pojištění. Jednorázové pojistné náleží pojistiteli vždy celé.

Dále souhlasím s tím, abych byl/a v záležitostech pojistného vztahu nebo v záležitosti nabídky pojišťovacích a souvisejících finančních služeb a jiných obchodních sdělení pojistitele nebo nabídky služeb a jiných obchodních sdělení členů mezinárodního koncernu Generali a spolupracujících obchodních partnerů kontaktován/a na mnou uváděnou korespondenční adresu nebo kontaktní spojení. Prohlašuji, že jsem byl/a ve smyslu zákona č. 101/2000 Sb. informován/a o svých právech a o povinnostech správce, 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 osobních údajů.

datum	<input type="text"/>	196	místo	<input type="text"/>	197	podpis pojištěného (zraněného)	<input type="text"/>	198
-------	----------------------	-----	-------	----------------------	-----	--------------------------------	----------------------	-----

