

OZNÁMENÍ TRVALÝCH NÁSLEDKŮ ÚRAZU

Číslo škodní události: _____

Pojistník - jméno, příjmení, název firmy IČO:		
Pojištěný – příjmení, jméno:	Číslo pojistné smlouvy, ze které jste pojištěn pro případ úrazu:	
Adresa pojištěného:	Rodné číslo pojištěného:	
	Číslo ID (identifikaci):	
Právní zástupce - celé jméno a adresa:*	E-mail:	Tel.č.:**
Zaměstnání (druh pracovní činnosti a adresa zaměstnavatele) v době vzniku škodní události:		

*Udaj je povinné vyplnit v případě, je-li pojištěný nezletilý

**na uvedené číslo Vám bude zároveň zaslána sms notifikace o uzavření škodní události

Uveďte jméno a adresu Vašeho lékaře a případně odborných lékařů, kteří mají záznamy o Vašem zdravotním stavu:	
Datum a hodina, kdy došlo k škodní události:	Místo vzniku škodní události:
Místo, adresa prvního lékařského ošetření:	
Opíšte podrobně způsob a okolnosti vzniku úrazu:	
Která část těla byla poraněna?	
Byla poraněná část těla už před úrazem funkčně poškozená? <input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne	
K úrazu došlo při činnosti <input type="checkbox"/> pracovní <input type="checkbox"/> mimopracovní <input type="checkbox"/> sportovní:	
Pokud se věnujete sportu, uveďte prosím typ sportu:	
Jste registrován v sportovním klubu? <input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne Pokud ano, uveďte název a přesnou adresu:	
K úrazu došlo při <input type="checkbox"/> tréninku <input type="checkbox"/> soutěži <input type="checkbox"/> rekreačním sportování	
Jde-li o úraz v motorovém vozidle, uveďte druh a typ vozidla:	SPZ:
Jméno a adresa majitele vozidla:	Jméno a adresa řidiče:
Byly zraněny i jiné spolucestující osoby? <input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne Pokud ano, uveďte jména a adresy:	
Vyšetřoval událost orgán policie? <input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne Pokud ano, předložte fotokopii zprávy z vyšetřování události.	Byla provedena zkouška na hladinu alkoholu v krvi? <input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne Pokud byla pozitivní, uveďte zjištěné ‰ alkoholu v krvi:
Úrazové pojištění mám i v jiné pojišťovně: <input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne	Pokud ano, uveďte přesný název a adresu pojišťovny:
Plnění žádám poukazat:	
<input type="checkbox"/> bankovním převodem - číslo účtu ve tvaru IBAN: _____	
<input type="checkbox"/> poštovním poukazem na adresu:	

Upozornění pro klienta: K oznámení události přiložte fotokopii lékařské zprávy od počátku do konce léčby Vašeho zranění. Pokud jste byl hospitalizován, přiložte kopii lékařské zprávy z nemocnice.

Pojištěný si je vědom, že pojišťovna je dle platných právních předpisů o ochraně osobních údajů oprávněna zpracovat mé osobní údaje uvedené v tomto oznámení za účelem likvidace škodní události. Prohlašuji, že jsem se seznámil/a se základními informacemi o ochraně osobních údajů pro dotknutou osobu umístěnými na www.unionpojistovna.cz. Prohlašuji, že veškeré údaje uvedené v tomto oznámení jsou pravdivé a nic nebylo zamlčeno. Jsem si vědom, že nepravdivost odpovědí může zbavit pojišťovnu povinnosti plnění. Souhlasím, aby Union pojišťovna, a.s. vyžádala veškerou potřebnou dokumentaci o mém léčení a zdravotním stavu.

V _____ dne _____ podpis pojištěného (resp. jeho právního zástupce)***

***pokud si nárok na pojistné plnění uplatňuje jiná osoba než pojištěný, uveďte příbuzenský vztah k pojištěnému (matka, otec, ...)

ZPRÁVA OŠETŘUJÍCÍHO LEKÁŘE - POPIS TRVALÝCH NÁSLEDKŮ ÚRAZU

(Popis trvalých následků prosíme vyplnit odborným lékařem)

Pojištěný – příjmení, jméno: Rodné číslo:

Zaměstnání v době vzniku škodní události:

Adresa pojištěného:

Pojištěný je: pravák levák Tel. číslo odborného lékaře:

Datum, kdy došlo k úrazu:

Druh zranění a diagnóza:

Prčina a okolnosti úrazu:

Jsou uvedené rozdíly v zdravotního stavu způsobeny pouze úrazem? ano ne

Byla končetina nebo část těla už před úrazem funkčně postižena? ano ne

Pokud ano, do jaké míry:

Bylo příčinou úrazu úmyslné sebepoškozování nebo pokus o sebevraždu? ano ne

Pokud ano, do jaké míry:

K úrazu došlo v důsledku požití alkoholu, omamných nebo jiných toxických látek? ano ne

Pokud ano, uveďte typy návykových nebo toxických látek:

Byla zkoumána hladina alkoholu v krvi? ano ne

Pokud ano, uveďte množství alkoholu v krvi:

Které zdravotní zařízení vyšetřovalo hladinu alkoholu v krvi?

Podrobný popis aktuálního zdravotního stavu:

- v případě poranění končetin přesný popis funkcí, pohyblivosti, svalové síly, atd. (v porovnání se zdravou končetinou),
- v případě poranění vnitřních orgánů, dopad zranění na celkové zdraví těla a podrobný popis,
- v případě poranění oka (vízus)-stupeň poškození a zranění oproti fyziologickému nálezu a stavu před úrazem
- v případě poranění ucha (sluchu)-stupeň poškození oproti fyziologickému nálezu a stavu před úrazem
- v případě poranění extrakce zubů (částečná, úplná), nebo úplná a částečná ztráta vitality
- v případě jizvy její přesný popis povahy, velikosti, umístění nebo funkční poruchy

RTG / MR / CT / sono - nález s popisem:

Mají dopad na celkový rozsah trvalých následků degenerativní nebo chorobné změny nesouvisející s úrazem? ano ne

Je léčba uvedeného úrazu ukončena a je dnešní stav trvalých následků úrazu ukončen a jde o stav trvalý? ano ne

V dne.....

.....
razítko a podpis lékaře

Union poist'ovna, a.s., se sídlem Karadžičova 10, 813 60 Bratislava konající na území České republiky prostřednictvím
Union poist'ovna, a.s., pobočka pro Českou republiku, Španělská 770/2, 120 00 Praha 2 - Vinohrady, Česká republika,
IČ: 242 63 796, DIČ: CZ683015587, zapsaná v obchodním rejstříku Městského soudu v Praze, odd. A, vl. č. 75819,
Tel.: 844 11 12 11, fax: 00421 2 5342 1112