

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:	
Opište podrobně způsob a okolností vzniku úrazu:	

Která část těla byla poraněna?

Byla poraněná část těla už před úrazem funkčně poškozená?  ano  ne

K úrazu došlo při činnosti  pracovní  mimopracovní  sportovní:

Pokud se věnujete sportu, uveďte prosím typ sportu:

Jste registrován v sportovním klubu?  ano  ne Pokud ano, uveďte název a přesnou adresu:

K úrazu došlo při  tréninku  soutěži  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?  ano  ne  
Pokud ano, uveďte jména a adresy:

Vyšetřoval událost orgán policie?  ano  ne  
Pokud ano, předložte fotokopii zprávy z vyšetřování události.

Byla provedena zkouška na hladinu alkoholu v krvi?  ano  ne  
Pokud byla pozitivní, uveďte zjištěné % alkoholu v krvi:

Úrazové pojištění mám i v jiné pojišťovně:  ano  ne  
Pokud ano, uveďte přesný název a adresu pojišťovny:

Plnění žádám poukázat:

bankovním převodem - číslo účtu ve tvaru IBAN: \_\_\_\_\_

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](http://www.unionpojistovna.cz). Prohlašuji, že veškeré údaje uvedené v tomto oznámení jsou pravdivé a nic nebylo zamlčeno. Jsem si vědom, že nepravdivost odpovědi může zbavit pojišťovnu povinnosti plnění. Souhlasím, aby Union poist'ovna, 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, ...)

