

# ŽIVOTNÍ POJIŠTĚNÍ

## OZNÁMENÍ ŠKODNÍ UDÁLOSTI: ÚRAZ – TRVALÉ NÁSLEDKY ÚRAZU



### Pokyny pro uplatnění nároku na pojistné plnění pro případ trvalých následků úrazu.

- Nárok na pojistné plnění za trvalé následky úrazu vzniká:
  - v případě ukončení léčení, nastal-li ustálený stav;
  - v případě, že ustálený stav ještě nenastal, po třech letech ode dne vzniku úrazu;
  - nárok na pojistné plnění se promlčuje uplynutím 4 let ode dne vzniku pojistné události (tzn. likvidační šetření musí být ukončeno v této lhůtě).
- Přílohu Zpráva ošetřujícího lékaře (třetí strana) předložte k vyplnění svému ošetřujícímu lékaři, který má k dispozici lékařskou dokumentaci týkající se Vašeho úrazu.
- Vyplněný formulář spolu s fotokopii zdravotní dokumentace, včetně popisů RTG snímků týkajících se Vašeho úrazu, zašlete na adresu Allianz pojišťovna, a. s., Úsek likvidace pojistných událostí osob, Ke Štvanici 656/3, 186 00 Praha 8.**
- Pokud Vás vyzve k případné lékařské prohlídce odborný lékař naší pojišťovny, postupujte podle jeho pokynů, uvedených v předvolání k prohlídce.
- Pojistné plnění za trvalé následky stanovujeme po prošetření my jako pojistitel ve smyslu příslušných pojistných podmínek pro úrazové pojištění.

### ČÍSLO SMLOUVY

Uveďte čísla všech pojistných smluv, ze kterých za oznamovaný úraz uplatňujete nárok na pojistné plnění.

1.  2.  3.

### POJIŠTĚNÝ

Jméno a příjmení

Rodné číslo

Telefon

Adresa

Mobil

Preferovaný způsob zaslání notifikací

SMS

E-mail

### ZAMĚŠTNÁNÍ, DOMINANTNÍ RUKA, SPORT

Pracovní zařazení v době úrazu

Byl jste k datu vzniku úrazu registrovaný sportovec?  Ano  Ne

Pokud ano, uveďte ve kterém sportu a v jaké soutěži.

Jste:

pravák

levák

### VZNIK ÚRAZU

K úrazu došlo:

datum

hodina

místo

Popište, prosím, souvisle a podrobně jak k úrazu došlo.

### ČÍSLO ÚČTU PRO ZASLÁNÍ PLNĚNÍ

Plnění poukažte na účet:

číslo účtu

/ kód banky

### PROHLÁŠENÍ A SOUHLAS

Uplatňuji nárok na pojistné plnění za trvalé následky úrazu ze dne  a dokládám svou žádost vyjádřením ošetřujícího lékaře.

Prohlašuji, že všechny údaje uvedené v tomto oznámení nebo v informaci lékařům o mém úrazu jsem uvedl/a úplně a pravdivě a že jsem si vědom/a důsledku nepravdivých nebo neúplných údajů. Souhlasím s tím, aby pojistitel zjišťoval a přezkoumával můj fyzický i psychický zdravotní stav u všech lékařů a zdravotnických zařízení, u kterých jsem se léčil/a, léčím nebo se budu léčit. Tento souhlas udělují za účelem vyřizování pojistných událostí s tím, že zmocňuji lékaře a zdravotnická zařízení k vyhotovení lékařských zpráv, provedení výpisu ze zdravotnické dokumentace nebo k jejímu zapůjčení pojistiteli, a proto zprošňuji povinnosti mlčenlivosti dotazované lékaře a pracovníky zdravotnických zařízení.

Souhlasím též s tím, aby si pojistitel vyžádal kopii dokladu o pracovní neschopnosti a jiné informace nezbytné ke stanovení rozsahu pojistného plnění (od zaměstnavatele, správy sociálního zabezpečení, Policie ČR, obecní policie, soudu, obecního a městského úřadu apod.). Beru na vědomí, že pojistitel je z hlediska zákona č. 101/2000 Sb., o ochraně osobních údajů, v platném znění, správcem a zpracovatelem osobních údajů, včetně osobních údajů o mém zdravotním stavu. Souhlasím s tím, aby pojistitel tyto údaje o zdravotním stavu zpracovával po celou dobu trvání nároku z tohoto pojištění.

### POMOCTE NÁM BÝT LEPŠÍMI

Pomozte nám zlepšovat zákaznickou spokojenost, a to nejen Vaši, ale i ostatních zákazníků. Na základě našeho oprávněného zájmu na zlepšování procesu likvidace si vyhrazujeme právo Vás kontaktovat ohledně Vaší zkušenosti s likvidací škody. Rádi bychom Vás informovali, že Vaše hodnocení může být anonymně zobrazeno na webových stránkách Allianz pojišťovny. Hodnocení obsahující jakékoliv osobní údaje, vulgarismy a texty, které by mohly urážet ostatní, mohou být upraveny. Chceme Vás informovat, že máte právo kdykoliv vznést námitku proti zpracování osobních údajů pro výše uvedené účely, které se Vás týkají. Podrobné informace týkající se zpracování dat naleznete na [www.allianz.cz/ochrana-udaju](http://www.allianz.cz/ochrana-udaju).

Místo podpisu

Datum podpisu

Podpis pojištěného / zákonného zástupce

**IDENTIFIKACE POJIŠŤOVACÍM ZPROSTŘEDKOVATELEM / ZAMĚSTNANTEM POJIŠŤOVNY**

Tuto část vyplní pojišťovací zprostředkovatel / zaměstnanec Allianz pojišťovny, a. s., při plnění nad 450 000 Kč.

Prohlašuji, že jsem v souladu se zákonem č. 253/2008 Sb., o některých opatřeních proti legalizaci výnosů z trestné činnosti a financování terorismu, zaznamenal a ověřil identifikační údaje pojištěného, resp. jeho zástupce, z níže uvedeného průkazu totožnosti a ověřil shodu jeho podoby s vyobrazením ve výše uvedeném průkazu totožnosti.

**Příjemce plnění**Jméno Příjmení RČ Druh dokladu  OP  ŘP  Pas Číslo Doklad vydán: kým  dne Platnost dokladu  Je-li platnost dokladu bez omezení, vyplňte „bez omezení“.**Osoba, která provedla identifikaci**Jméno a příjmení 

Místo podpisu

Datum podpisu

Podpis osoby, která provedla identifikaci

# ZPRÁVA OŠETŘUJÍCÍHO LÉKAŘE



## PŘÍLOHA K OZNÁMENÍ ŠKODNÍ UDÁLOSTI ZE ŽIVOTNÍHO POJIŠTĚNÍ: ÚRAZ – TRVALÉ NÁSLEDKY ÚRAZU

### 1. Jaké trvalé následky úraz zanechal?

Den vzniku úrazu:

Nastaly zjištěné změny výlučně úrazem?

Ano

Ne

Popis objektivních příznaků a přesný popis poruchy funkcí těch částí lidského organismu, které byly úrazem postiženy

#### a) Omezení hybnosti kloubu – který kloub byl postižen?

Vyjádřete, prosím, omezení ve stupních a vyplňte i pro zdravý párový kloub (vyplní odborný lékař – ortoped, chirurg, rehabilitační lékař)

flexe	L	P	extenze	L	P
zevní rotace	L	P	vnitřní rotace	L	P
abdukce	L	P	addukce	L	P
pronace	L	P	supinace	L	P

Při poranění kloubů ruky uveďte nedovřetí do dlaně v cm

Jiné údaje

#### b) Jizvy – přesná lokalizace, délka či plocha, tvar a charakter?

normální

hypertrofická

keloidní

V případě plošných jizev uveďte současně:

váhu  kg

výšku  cm

#### c) Ostatní trvalé následky – jaké?

### 2. Mají vliv na celkový rozsah trvalých následků choroby s úrazem nesouvisející? Pokud ano, tak uveďte jaké (např. diabetes mellitus, hemat. onemocnění apod.).

### 3. Byla poraněná končetina nebo orgán již před úrazem postižen/a? Pokud ano, uveďte kdy a v jakém rozsahu.

### 4. Je skončeno léčení úrazu a je současný zdravotní stav ustálen?

Ano

Ne

Pokud ne, uveďte diagnózu.

### 5. Ostatní zdravotní sdělení ošetřujícího lékaře

V nezbytných případech prosíme o spolupráci při zapůjčení RTG snímků pro potřeby posouzení trvalých následků odborným lékařem pojišťovny. Poskytněte, prosím, klientovi fotokopie posledních odborných nálezů, aby nám je mohl odeslat společně s tímto formulářem.

### OŠETŘUJÍCÍ LÉKAŘ

Jméno a příjmení /  
název firmy

Telefon

Adresa

E-mail

Místo podpisu

Datum podpisu

Razítko a podpis ošetřujícího lékaře