



Oznámení škodní události - ČOV

z kolektivního úrazového pojištění ČOV

Otisk razítka, datum a podpis příjemce oznámení

INFORMACE O POJIŠTĚNÉM

ČÍSLO POJISTNÉ SMLOUVY: 1 3 1 0 0 0 1 7 7 0

Datum platnosti pojištění od:	do:		
Příjmení:	Jméno:		
Titul:	Datum narození:	Rodné číslo:	/
Adresa trvalého bydliště v ČR (pokud na této adrese nebydlíte, uveďte prosíme korespondenční adresu):			PSČ:
Telefon:	E-mail:		
Název a kód zdravotní pojišťovny v ČR:			

INFORMACE O ŽADATELI (vyplňte v případě, že pojištěný není shodný s žadatelem)

Příjmení:	Jméno:	Titul:	
Rodné číslo:	/	Vztah k pojištěnému:	
Adresa trvalého bydliště v ČR (pokud na této adrese nebydlíte, uveďte prosíme korespondenční adresu):			PSČ:
Telefon:	E-mail:		

ÚDAJE O ŠKODNÍ UDÁLOSTI (nestačí-li místo pro požadované údaje, uveďte je ve zvláštní příloze)

Datum škodní události:	Místo:	Stát:
Uveďte činnost a okolnosti, za kterých k úrazu došlo:		
Vznikla škoda při provozování sportu?	<input type="checkbox"/> Ano	<input type="checkbox"/> Ne
Pokud ano uveďte, o jaký sport se jednalo:		
Došlo ke škodní události pod vlivem alkoholu nebo jiných návykových látek?	<input type="checkbox"/> Ano	<input type="checkbox"/> Ne
Byla škodní událost šetřena policií? Pokud ano, přiložte policejní zprávu.	<input type="checkbox"/> Ano	<input type="checkbox"/> Ne
Vznikla škoda cizím zaviněním?	<input type="checkbox"/> Ano	<input type="checkbox"/> Ne
Pokud ano, uveďte podrobnější informace.		
Vznikla škoda při dopravní nehodě?	<input type="checkbox"/> Ano	<input type="checkbox"/> Ne
Pokud ano, uveďte číslo jednací:		

ÚRAZOVÉ POJIŠTĚNÍ

Název a adresa zdravotnického zařízení ve kterém Vám bylo poskytnuto první ošetření, případně další léčba:	od:	do:
--	-----	-----

Uveďte, prosíme, informace o všech zdravotnických zařízeních v zahraničí a v České republice, kde jste byl/a (nebo stále jste) v souvislosti s úrazem ošetřen/a, léčen/a nebo hospitalizován/a.

Název a adresa zdravotnického zařízení:	od:	do:
Jméno lékaře:	Odbornost:	

Název a adresa zdravotnického zařízení:	od:	do:
Jméno lékaře:	Odbornost:	

Kdo a kde zjistil trvalé následky

Název a adresa zdravotnického zařízení:	datum:
Jméno lékaře:	Odbornost:

Jaké zranění jste následkem úrazu utrpěl(a)?		
Která část těla byla poraněna?		
Jak se trvalé následky úrazu projevují?		
Měl(a) jste viditelné známky zranění (rány, pohmožděny apod.)?	<input type="checkbox"/> Ano	<input type="checkbox"/> Ne
Pokud ano, popište.		
U končetin a párových orgánů označte stranu:	<input type="checkbox"/> Pravá	<input type="checkbox"/> Levá
Dominantní horní končetina je:	<input type="checkbox"/> Pravá	<input type="checkbox"/> Levá
Byla tato část těla postižena již před úrazem?	<input type="checkbox"/> Ano	<input type="checkbox"/> Ne
Utrpěl(a) jste v minulosti podobný úraz?	<input type="checkbox"/> Ano	<input type="checkbox"/> Ne
Pokud ano, popište.		
Poruchy zdraví před úrazem a jejich souvislost s úrazovým poškozením:		

V případě úrazu s následkem smrti, prosíme, přiložte ověřenou kopii úmrtího listu a kopii lékařské zprávy o příčině smrti.

U políček s možností volby zakřížkujte hodící se variantu.

UR_OŠU_ČOV_2018

POJIŠTĚNÍ NÁKLADŮ NA INVALIDNÍ VOZÍK (vyplňte pouze v případě, uplatňujete-li nárok na toto pojištění)

Jméno lékaře, který předepsal :	Odbornost:
Název a adresa zdravotnického zařízení:	
K tomuto oznámení přiložte kopii lékařského předpisu na invalidní vozík a doklad za nákup nebo zapůjčení invalidního vozíku.	

POJIŠTĚNÍ POHŘEBNÍCH VÝLOH (vyplňte pouze v případě, uplatňujete-li nárok na toto pojištění)

Datum úmrtí pojištěného:	Místo úmrtí:
K tomuto oznámení přiložte doklad za úhradu pohřbu.	

DOPLŇUJÍCÍ POZNÁMKY

<p>Pojištěný je členem Tělovýchovné jednoty Bohemians Praha Izraelská 3160/6, Praha 10, 100 00 IČO: 15887456, zaps. u MS Praha L 1051 zastoupená: p. Richardem Šachem gen. sekretářem, statutárním orgánem</p> <p>V Praze dne.....</p>
--

ÚDAJE PRO ZASLÁNÍ POJISTNÉHO PLNĚNÍ

Pojistné plnění poukažte:

Poštovní poukázkou na adresu:	PSČ:	
Na korunový bankovní účet pojištěného u:		
Číslo účtu:	Kód banky:	Spec.symbol:

PROHLÁŠENÍ

Prohlašuji, že jsem všechny otázky zodpověděl/a pravdivě a úplně a že jsem si vědom/a důsledků nesprávných, zkreslených nebo neúplných odpovědí pro povinnost pojistitele poskytnout pojistné plnění.

Beru na vědomí, že k oznámení jsem povinen předložit potřebné doklady podle článku 17, odst. 3 pojistných podmínek „ÚRAZ ČOV 2018“. Souhlasím, aby si pojistitel vyžádal veškerou dokumentaci o zdravotním stavu a průběhu léčeni pojištěného pro potřeby šetření škodné události a zprošťuji lékaře slibu mlčenlivosti. Dále zmocňuji lékaře, zdravotnická zařízení a zařízení poskytující zdravotní péči k vyhotovení lékařských zpráv, výpisu ze zdravotnické dokumentace či k jejich zapůjčení.

Rovněž souhlasím, aby si pojistitel pro potřeby šetření škodné události vyžádal potřebné podklady u policie, správních orgánů a jiných pojišťoven.

Počet listů příloh, které přikládám:

V	dne	Podpis pojištěného nebo žadatele
---	-----	----------------------------------