



OZNÁMENÍ POJISTNÉ UDÁLOSTI

Z ÚRAZOVÉHO POJIŠTĚNÍ

Číslo pojistné události:

(vyplní pojišťovna)

Poučení pro osobu uplatňující nároky:

1. Vyplňte pečlivě tuto stranu oznámení, bez úplného vyplnění včetně podpisu pojištěného nebo jeho zákonného zástupce nelze pojistnou událost vyřídit.
2. Ke každému úrazu vyplňte pouze jedno oznámení pro HALALI, všeobecnou pojišťovnu, a. s.
3. Druhou stranu tohoto oznámení předložte svému lékaři k vyplnění.
4. Za vyplnění druhé strany oznámení uhradíte lékaři jím účtovaný honorář, neboť jde (podle vyhlášky ministerstva zdravotnictví ČR č. 467/1992 Sb., o léčebné péči poskytované za úhradu) o zdravotní výkon, který nesleduje léčebný účel a je proveden na Vaši žádost a ve Vašem osobním zájmu HALALI, všeobecná pojišťovna, a. s., se Vám bude podílet na jeho úhradě.

Jméno zraněného: Rodné číslo:

Trvalé bydliště:

Adresa zaměstnavatele: Povolání

Číslo telefonu do zaměstnání: Číslo telefonu domů:

PSČ:

Číslo pojistné smlouvy:

Kdy a kde došlo k úrazu? Dne v hod., místo

Uveďte, prosím, souvisle a podrobně činnost a okolnosti za kterých došlo k úrazu:

Která část těla byla poraněna:

Adresa zdravotnického zařízení:

Byla poraněná část těla již před úrazem postiženě?

ANO NE

Kde bylo poskytnuto první ošetření:

Kde jste se dále léčil:

Došlo k úrazu při výkonu povolání?

ANO NE

Jaké povolání jste vykonával v době úrazu?

Kdy

Jaký sport jste provozoval v době úrazu: V jaké soutěži?

Jména a adresy svědků

Případ vyšetřoval (orgán. adresa)

Jde o úraz osob dopravovaných motorovým vozidlem, uveďte SPZ počet sedadel počet dopravovaných osob.....

Jméno a adresa vlastníka motorového vozidla: Jméno a adresa řidiče:.....

Jména a adresy spolujezdců: Která z těchto osob byla zraněna:

..... Bylo vozidlo používáno v době úrazu k provozování taxislužby nebo autoškoly: ANO NE

Plnění poukažte na účet: číslo účtu: kód banky:
nebo na adresu:

PROHLÁŠENÍ:

Prohlašuji, že jsem všechny otázky zodpověděl(a) pravdivě a úplně, že jsem k hlášenému úrazu vyplnil(a) pro HALALI, všeobecnou pojišťovnu, a. s. pouze toto oznámení a že jsem si vědom(a) důsledků nesprávných odpovědí na povinnost pojistitele plnit. Souhlasím, aby HALALI, všeobecná pojišťovna, a. s. vyžádala potřebnou zdravotnickou dokumentaci o mém léčení a zdravotním stavu po potřeby šetření pojistné události.

V dne 20

.....
Podpis zraněného (nebo jeho zákonného zástupce)

ZPRÁVA LÉKAŘE

První lékařské ošetření (datum, adresa zdrav. zařízení, jméno lékaře):
Co udal pacient jako příčinu úrazu?
Popis poranění:
RTG:
Diagnóza:
Způsob léčení:
Kde byl poraněný hospitalizován? Od kdy: Do kdy:
Operace:
Rehabilitace (uvedte prosím, formu, délku, kolikrát týdně a datum ustálení zdravotního stavu):
Došlo-li k prodloužení doby léčení v důsledku dalších komplikací, uveďte prosím, z jaké příčiny a o jaké komplikace šlo:
Došlo k hnisání?
Celková doba léčení úrazu oddo Doba pracovní neschopnosti (resp. doba, na kterou by byla vystavena) od do
Rozsah postižení poraněné části těla a jeho souvislost s úrazem:
Jiné poruchy zdraví před úrazem a jejich souvislost s úrazem:
Došlo k úrazu následkem požití alkoholu, nebo jiných návykových látek? Jaké byly příznaky? V krvi bylo zjištěno‰ alkoholu. O jaký druh návykové látky pravděpodobně šlo? Bylo příčinou úrazu úmyslné sebepoškození?
Předpokládáte, že úraz zanechá trvalé následky? Jakého pravděpodobného druhu a rozsahu?
Jiné zdravotní sdělení lékaře:
V dne 20 razítko a podpis lékaře