

1. pojistná smlouva číslo:

2. pojistná smlouva číslo:

3. pojistná smlouva číslo:

Pro oznámení úrazu pečlivě vyplňte tento formulář. K vyplněnému formuláři přiložte kopii lékařské zprávy z prvního ošetření, případně kopie dalších lékařských zpráv o průběhu léčení úrazu. Přiložením kopií dalších lékařských zpráv výrazně usnadníte vyřízení Vaší pojistné události.

Vyplněný formulář spolu s přílohami můžete zaslat:

- elektronicky v naskenované podobě prostřednictvím internetových stránek [www.generaliceska.cz/klient](http://www.generaliceska.cz/klient)
- poštou na adresu Generali Česká pojišťovna a.s., P. O. BOX 305, 659 05 Brno

**Nepřehlédněte:**

- Při komunikaci s námi (v každém sdělení nebo dotazu) vždy uvádějte číslo pojistné smlouvy. Pokud máte nějaké nejasnosti, kontaktujte náš klientský servis na telefonním čísle +420 241 114 114.
- Pro posouzení škodní události musíte předložit všechny doklady, které si vyžádáme (např. kopii propouštěcí zprávy v případě hospitalizace, kopii operačního protokolu v případě operace, nebo kopii dokladu o pracovní neschopnosti v případě pracovní neschopnosti). Vždy podle toho, jak nám udává platná legislativa.

**Pojistitel**

**Generali Česká pojišťovna a.s.**, Spálená 75/16, Nové Město, 110 00 Praha 1, IČO: 452 72 956, DIČ: CZ699001273, je zapsaná v obchodním rejstříku vedeném Městským soudem v Praze, spis. zn. B 1464, člen skupiny Generali, zapsaná v italském registru pojišťovacích skupin, vedeném IVASS, pod číslem 026. Kontaktní údaje: P. O. BOX 305, 659 05 Brno, [www.generaliceska.cz](http://www.generaliceska.cz)

**Pojištěný**

příjmení, jméno, titul

rodné číslo

povolání – oblast podnikání k datu úrazu (pokud je pojištěným dítě, vyplňte dítě; pokud je pojištěným student, vyplňte student)

**Adresa pro účely vyřizování této pojistné události:**

ulice

č. popisné/orientační

obec – část obce

PSČ

e-mail (Uvedením e-mailové adresy pojištěný / oprávněná osoba / zákonný zástupce souhlasí pro účely vyřizování této pojistné události s komunikací prostřednictvím tohoto e-mailu.)

telefon

Jste daňovým poplatníkem jiné země než ČR?  ano  ne Pokud ano, vyplňte: a) stát, jehož jste daňovým poplatníkem

b) TIN/DIČ

**Údaje o úrazu (Pokud Vám nestačí místo v kolonkách, uveďte údaje na samostatném listu a přiložte jej k tomuto formuláři.)**

datum a čas úrazu

místo úrazu

**Kód úrazu:**

a) typ akce

b) místo

c) činnost

podrobný popis průběhu a okolností úrazu

Došlo k úrazu při výkonu povolání?

 ano ne

poraněná část těla

Byla postižena již před úrazem?

 ano ne

adresa zdravotnického zařízení, které vám poskytlo první ošetření

datum prvního ošetření

adresa zdravotnického zařízení, ve kterém byl váš úraz léčen

název (kód) vaší zdravotní pojišťovny

jméno a adresa vašeho praktického lékaře



**Potvrzení členské organizace, že pojištěný je osobou, na kterou se vztahuje pojistná smlouva ČRDMD, a že k jeho úrazu došlo při pojištěné činnosti**

IČO	název organizace, kterou byla činnost organizována (oddíl, kmen, skupina apod.)		
<input type="text"/>	<input type="text"/>		
IČO	název hlavního spolku (V případě, že k úrazu došlo při aktivitách pobočného spolku.)		
<input type="text"/>	<input type="text"/>		
Při jaké činnosti (např. sportovní, volnočasové) se úraz stal?	<input type="text"/>		
<b>Potvrzení vystavil:</b>			
příjmení, jméno	telefon	e-mail	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
datum	podpis osoby, která vystavila potvrzení		
<input type="text"/>	<input type="text"/>		

**Způsob výplaty plnění**

Pojistné plnění zašlete (vyberte pouze jednu z možností):

předčíslí a číslo účtu

kód banky

<input type="checkbox"/>	na účet, kterého jsem majitelem nebo spolujajitelem:	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/>	na adresu:	<input type="text"/>	

**Zákonný zástupce jako příjemce pojistného plnění pro nezletilou nebo nesvéprávnou osobu**

(Jste-li zákonným zástupcem takové osoby, např. rodičem, nebo opatrovníkem, uveďte své jméno a příjmení a níže se podepište.)

**Příložené dokumenty**

<input type="checkbox"/> propouštěcí zpráva	<input type="checkbox"/> operační protokol	<input type="checkbox"/> usnesení policie	<input type="checkbox"/> záznam policie nebo jiného státního orgánu o dopravní nehodě
<input type="checkbox"/> zdravotní dokumentace	<input type="checkbox"/> fotokopie úmrtního listu	<input type="checkbox"/> pitvění protokol	<input type="checkbox"/> doklad o ohledání mrtvého
<input type="checkbox"/> výsledek RTG / CT / MRI vyšetření	<input type="checkbox"/> výpis z matriky	<input type="checkbox"/> jiné	<input type="text"/>

**Prohlášení**

Jsem si vědom své povinnosti pravdivě a úplně odpovědět na všechny dotazy pojistitele a uvést všechny informace, i ty, které se mi jeví jako nepodstatné. Beru na vědomí, že při porušení těchto povinností má pojistitel právo od pojistné smlouvy odstoupit, snížit nebo odmítnout pojistné plnění. Zprošťuji státní zastupitelství, policii a další orgány činné v trestním řízení, hasičský záchranný sbor, lékaře, zdravotnická zařízení nebo záchrannou službu povinnosti mlčenlivosti. Současně zmocňuji pojistitele, resp. jím pověřenou osobu, aby ve všech řízeních probíhajících v souvislosti se škodní událostí mohl nahlížet do soudních, policejních, zdravotních, případně jiných úředních spisů a zhotovovat z nich kopie či výpisy.

Zavazuji se informovat pojistitele o ošetřujících lékařích a zdravotnických zařízeních a získávat od nich pojistitelem požadované zprávy. Zároveň pojistiteli uděluji souhlas k nahlížení do zdravotnické dokumentace a dále se zavazuji mu poskytnout veškeré informace shromážděné ve zdravotnické dokumentaci vedené o mé osobě v jiných zápisech, které se vztahují k mému zdravotnímu stavu, nebo že jejich poskytnutí zajistím.

Zprošťuji mlčenlivosti a zmocňuji tímto ošetřujícího lékaře, zdravotnická zařízení, zdravotní pojišťovny a orgány správy sociálního zabezpečení k poskytnutí informací a dokladů ze zdravotnické dokumentace; dále pojistitele zmocňuji, aby si od lékařů a zdravotnických zařízení vyžadoval nutné informace o mém zdravotním stavu bez obsahového omezení. Zavazuji se zajistit na výzvu pojistitele bezodkladně veškeré informace o zdravotní péči, která mi byla poskytnuta lékaři a zdravotnickými zařízeními z veřejného zdravotního pojištění. Zároveň souhlasím s tím, aby pojistitel v případě potřeby ověřoval, zda pobírám invalidní důchod.

Zmocňuji pojistitele k nahlédnutí do podkladů jiných pojišťoven a veškerých rozhodujících podkladů v souvislosti se šetřením škodních událostí a výplatou pojistného plnění. Výše uvedené souhlasy a zmocnění se vztahují i na dobu po mé smrti. Beru na vědomí, že pojistitel není povinen vyplatit pojistné plnění do doby, než mu budou poskytnuty doklady potřebné pro likvidaci škodní události, zejména ty, které si pojistitel vyžádá.

Prohlašuji, že jsem byl informován o zpracování osobních údajů potřebných pro šetření škodní události, a to včetně údajů o zdravotním stavu. Beru na vědomí, že podrobnosti týkající se osobních údajů jsou dostupné na [www.generaliceska.cz](http://www.generaliceska.cz) v sekci Osobní údaje a dále v obchodních místech pojistitele. Zavazuji se, že pojistiteli bezodkladně oznámím případné změny osobních údajů.

**Podpisy**

datum	místo	podpis pojištěného / oprávněné osoby	podpis zákonného zástupce, není-li pojištěný / oprávněná osoba plně svéprávný
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>