

FORMULÁŘ OZNÁMENÍ ŠKODY Z ÚRAZOVÉHO POJIŠTĚNÍ

1. OSOBNÍ ÚDAJE

Pojistná smlouva číslo (uveďte všechny smlouvy u CHARTIS EUROPE):	
Jméno a příjmení pojištěného:	Datum narození:
Kontaktní adresa:	Telefon: E-mail:
Jméno pojistníka, pokud je odlišný od pojištěného:	IČ:
Kontaktní adresa:	Telefon: E-mail:
Zaměstnání v době úrazu / onemocnění:	
Popis pracovní činnosti:	
Současné zaměstnání:	

2. ÚDAJE O ÚRAZU (vyplňte pokud nárokujete pojistné plnění z důvodu úrazu)

Datum úrazu:	Čas:	Místo vzniku úrazu:
Okolnosti vzniku úrazu: (uveďte podrobně, jak a při jaké činnosti k úrazu došlo)		
Která část těla byla poškozena?		U párových orgánů <input type="checkbox"/> pravá <input type="checkbox"/> levá
Byla postižena již před úrazem?	<input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne	Jak?
Došlo k úrazu při dopravní nehodě?	<input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne	Jaké? Kdo ji zavinil?
Byly okolnosti úrazu vyšetřovány?	<input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne	Kým?
Jména a adresy svědků:		
Došlo k úrazu při výkonu zaměstnání?	<input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne	Byl úraz klasifikován jako pracovní?: <input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne
Byl(a) jste v době úrazu aktivním sportovcem?	<input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne	Jaký druh sportu?
Byl(a) jste registrován(a) v nějaké organizaci?	<input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne	Název:
Od:	do:	V jakém sportu? V jakých soutěžích?
Máte (měl jste) uzavřenou smlouvu o profesionální sportovní činnosti?	<input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne	V jakém sportu?

3. ÚDAJE O ONEMOCNĚNÍ (vyplňte pokud nárokujete pojistné plnění z důvodu onemocnění)

Kdy se projevil první příznaky onemocnění:
Okolnosti vzniku onemocnění: (uveďte z titulu jakého onemocnění nárokujete pojistné plnění)
Trpěl(a) jste tímto onemocněním už v minulosti? Kdy? Jak a kde jste byl(a) léčen(a)?
Bylo onemocnění klasifikováno jako nemoc z povolání?: <input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne

4. ÚDAJE O LÉKAŘI / ZDRAVOTNICKÉM ZAŘÍZENÍ:

Kde bylo poskytnuto první ošetření (adresa zařízení, jméno lékaře, datum a čas ošetření):
Kde jste byl(a) dále léčen(a) (adresa zařízení, jméno lékaře, od-do):
Váš současný praktický lékař, u kterého máte zdravotní dokumentaci:

5. ÚDAJE O ZDRAVOTNÍM STAVU:

Žádal(a) jste o přiznání invalidního důchodu?	<input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne	Kdy?	Z jakého důvodu?
Byl vám přiznán invalidní důchod?	<input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne		
Od:	do:	<input type="checkbox"/> plný <input type="checkbox"/> částečný	Z jakého důvodu?
Od:	do:	<input type="checkbox"/> plný <input type="checkbox"/> částečný	Z jakého důvodu?

6. ÚDAJE O OPRÁVNĚNÉ OSOBE (vyplňte v případě smrti pojištěného):

Jméno a příjmení:	Vztah k pojištěnému:	Rodné číslo:
Kontaktní adresa:		Telefon:

7. VÝPLATA POJISTNÉHO PLNĚNÍ

<input type="checkbox"/> Poukažte na účet číslo:		Banka:	Kód banky:		Symbol:
<input type="checkbox"/> Zašlete na adresu:					

Prohlášení:

Prohlašuji, že jsem všechny dotazy zodpověděl(a) pravdivě a úplně a že jsem si vědom(a) důsledků nesprávných odpovědí na povinnost pojišťovny plnit. Souhlasím, aby CHARTIS EUROPE S.A., pobočka pro Českou republiku vyžádala veškerou potřebnou zdravotnickou dokumentaci o mém léčení a zdravotním stavu pro potřeby šetření pojistné události.

Pojištěný tímto ve smyslu zákona č. 101/200 Sb., o ochraně osobních údajů uděluje společnosti CHARTIS EUROPE S.A., pobočka pro Českou republiku, IČ 276 55 385, Praha 1, V Celnici 1031/4, PSČ 110 00 (dále jen "správce") dává souhlas se zpracováním osobních údajů, včetně citlivých osobních údajů:

- v rozsahu nezbytném pro plnění práv a závazků z pojistné smlouvy, tj. ve kterém je pojištěný správcem poskytnut při hlášení pojistné události nebo při jejím dalším řešení (prostřednictvím formuláře "Hlášení pojistné události") a ve které je správce získá od zdravotnických zařízení ve smyslu § 50 zákona č. 37/2004 Sb., o pojistné smlouvě;
- za účelem likvidace pojistné události a vypořádání vzájemných práv a závazků z pojistné smlouvy;
- na dobu nezbytně nutnou k realizaci všech práv a povinností vyplývajících z pojistné smlouvy.

Poskytnuté osobní údaje bude zpracovávat správce sám nebo prostřednictvím pověřeného zpracovatele. Ve všech případech však budou zachovávány všechny povinnosti, které správci a zpracovatelům plynou ze zákona č. 101/200 Sb. a pojištěný bude chráněn před neoprávněným zasahováním do soukromého a osobního života. Poskytnutí osobních údajů je dobrovolné, avšak v případě citlivých údajů je poskytnutí souhlasu nutné k tomu, aby pojistná události mohla být řádně prošetřena a aby na základě výsledků tohoto šetření mohlo být vyplaceno pojistné plnění.

Pojištěný má právo:

- na poskytnutí informace o osobních údajích, které jsou o něm zpracovávány,
- požádat pojistitele o opravu osobních údajů, zjistí-li, že osobní údaje neodpovídají skutečnosti,
- požadovat po pojistiteli vysvětlení, respektive požadovat, aby pojistitel odstranil vzniklý závadný stav, pokud pojištěný zjistí nebo se domnívá, že správce provádí zpracování jeho osobních údajů v rozporu s ochranou soukromého a osobního života pojištěného nebo v rozporu s právními předpisy,
- obrátit se v případě porušení povinnosti správce na Úřad pro ochranu osobních údajů se žádostí o zajištění opatření k nápravě.

V	dne:	Podpis:
---	------	---------

Vyplněné formuláře Oznámení škody a Zpráva lékaře a další požadované dokumenty

(Potvrzení o pracovní neschopnosti, protokol o dopravní nehodě, úředně ověřenou kopii úmrtního listu, totožnost oprávněné osoby, apod.)

zašlete prosím na adresu:

CHARTIS EUROPE S.A., pobočka pro Českou republiku
oddělení likvidace škod
V Celnici 1031/4
110 00 Praha 1

e-mail: skody@chartisinsurance.com

Tel: +420 234 108 311

Fax +420 234 108 387

www.chartispojisteni.com

ZPRÁVA LÉKAŘE

Kdy a kde (podle zdravotní dokumentace) došlo k úrazu / Kdy se projeví první zdravotní potíže (datum a čas)		
Kdy došlo k prvnímu lékařskému ošetření (datum a čas, jméno lékaře, adresa zdravotnického zařízení):		
Diagnóza a podrobný popis tělesného poškození způsobeného úrazem / onemocnění		
RTG (datum, místo, popis)		
Způsob léčeni:		
Operace (datum, rozsah a způsob provedení zákroku):		
Hospitalizace (od – do, zdravotnické zařízení, oddělení):		
Rehabilitace (od – do, zdravotnické zařízení, způsob a frekvence RHB):		
Komplikace (jaké, od – do, způsob léčeni):		
Celková doba léčeni (včetně komplikací)	Od:	Do
Pracovní neschopnost vystavena	Od:	Do
Doba, na kterou by PN byla vystavena u osob, kterým se PN nevystavuje:	Od:	Do
Důvod proč nebyla PN vystavena:		
Jiné poruchy zdraví před úrazem a jejich souvislost s úrazem		
Poraněný je	<input type="checkbox"/> pravák	<input type="checkbox"/> levák
Byla poraněná část těla již před úrazem postižena?	<input type="checkbox"/> ano	<input type="checkbox"/> ne
Jakým způsobem?		
Došlo k úrazu následkem požití alkoholu nebo návykových látek?	<input type="checkbox"/> ano	<input type="checkbox"/> ne Jakých?
Byl za tímto účelem proveden odběr krve?	<input type="checkbox"/> ano	<input type="checkbox"/> ne
Byla v krvi zjištěna přítomnost alkoholu?	<input type="checkbox"/> ano	<input type="checkbox"/> ne V jaké výši?
Bylo příčinou úrazu úmyslné sebepoškození?	<input type="checkbox"/> ano	<input type="checkbox"/> ne
Předpokládáte, že úraz zanechá trvalé následky?	<input type="checkbox"/> ano	<input type="checkbox"/> ne
Jakého pravděpodobného rozsahu?		
Trpěl pojištěný tímto nebo souvisejícím onemocněním už dříve:	<input type="checkbox"/> ano	<input type="checkbox"/> ne
Jakým, kdy, jak a kde bylo léčeno?		
Jiné sdělení lékaře		
Potvrzuji, že se údaje ve ZPRÁVĚ LÉKAŘE týkají osoby uvedené na opačné straně formuláře OZNÁMENÍ ŠKODY		
V	dne	
Adresa zdravotnického zařízení, jméno lékaře, IČ, telefon		razítko, podpis lékaře