

Oznámení škodné události z pojištění N211

Vážená paní, vážený pane,

snažíme se každý škodní případ co nejrychleji zpracovat. Podrobnými informacemi o pojistné události nám můžete být nápomocni. Dotazník vyplňte pečlivě a úplně, zamezíte tím případným doplňujícím dotazům, které mohou zpracování zdržovat.

S přátelským pozdravem

ERGO pojišťovna, a.s.



Důležité pokyny k vyplnění dotazníku

Vyplňte pečlivě celý dotazník, zvláštní pozornost věnujte adresám lékařů a lékařských zařízení. **Tento dotazník nevyplňuje ani nepotvrzuje lékař!** Je-li to možné, připojte druhý dotazník "Zpráva lékaře". Náklady za vyhotovení lékařské zprávy Vám budou proplaceny.

Číslo Vaší pojistné smlouvy		
Údaje o pojištěné osobě		
Jméno a příjmení:	Rodné číslo:	
Telefon:	Email:	
Trvalé bydliště:		
Přechodné bydliště:		
Název a kód zdravotní pojišťovny:		
Povolání, respektive stávající činnost:		
Údaje o škodné události		
Datum ošetření:	čas ošetření:	místo ošetření:
Přesný a úplný popis zdravotního problému (pokud nestačí místo, přiložte prosím zvláštní list papíru):		
Která část těla byla poraněna:		
Byla tato část těla postižena již v minulosti? <input type="checkbox"/> ANO <input type="checkbox"/> NE		
Šetřila pojistnou událost policie <input type="checkbox"/> ANO <input type="checkbox"/> NE pokud ano, přiložte policejní zprávu		
Byla osoba při vzniku škodné události pod vlivem alkoholu, léků nebo omamných látek? <input type="checkbox"/> ANO <input type="checkbox"/> NE		

Údaje o škodné události

Došlo k poškození zdraví při výkonu povolání? ANO NE

Byl/a jste v době události registrovaným sportovcem? ANO NE druh sportu: _____

V jaké organizaci?:

Údaje v případě dopravní nehody

SPZ vozidla: _____ Adresa policejní služebny, která nehodu vyšetřovala: _____

Byla zraněné osobě provedena krevní zkouška? ANO - výsledek % NE

Zraněná osoba byla řidič spolujezdec a v době nehody byla nebyla připoutána.

Údaje o lékařském ošetření

Kdy byla poprvé poskytnuta lékařská pomoc? datum: _____ čas: _____

Jméno a adresa lékaře:

Byla nutná hospitalizace v nemocnici? ANO - od _____ do _____ NE

Název a **přesná** adresa nemocnice:

Je lékařské ošetření ukončeno? ANO - od: _____ NE - výhledově od: _____

Je zraněná osoba opět praceschopná? ANO - od: _____ NE - výhledově od: _____

Jméno a **přesná** adresa současného ošetřujícího lékaře:

Jméno a **přesná** adresa praktického lékaře:

Způsob vyplacení pojistného plnění

převodem na účet:

peněžní poukázkou na adresu:

Údaje o jiných pojištěních

Má pojištěná osoba uzavřeno obdobné pojištění ještě u jiných společností? ANO NE

Názvy pojišťoven:

Obdržela zraněná osoba již v minulosti odškodnění za úrazy? ANO NE

Kdy? _____ Od jakých pojišťoven? _____

Prohlášení a podpis

Předchozí údaje jsou úplné a pravdivé. Jsem si vědom/a toho, že nepravdivé a neúplné údaje budou mít za následek ztrátu pojistné ochrany a to i v případě, že jejich prostřednictvím nebyla pojišťovna poškozena. **Upozornění:** Pokud jste oznámení o pojistné události osobně nevyplňovali, ověřte před jeho podepsáním správnost všech údajů.

Je mi známo, že pojišťovna přezkoumá za účelem posouzení své povinnosti poskytnout pojistné plnění údaje, které zde uvádím k odůvodnění svých nároků nebo které vyplývají z předložených dokladů (např. potvrzení, osvědčení) nebo ze sdělení příslušné nemocnice nebo zaměstnanců jiných zdravotních zařízení. Za tímto účelem zprošťuji všechny výše jmenované příslušníky lékařského personálu, kteří se podíleli na mém ošetřování, povinnosti mlčenlivosti i v případě mé smrti. Zproštění povinnosti mlčenlivosti platí rovněž pro pojišťovny zprostředkující úrazové, nemocenské nebo životní pojištění dotyčného, s výjimkou sociálního zabezpečení.

_____ datum

_____ podpis pojištěné osoby (u nezletilých zákonný zástupce)