

## Oznámení škodné události z úrazového pojištění

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 pracovníci zdržovat.

S přátelským pozdravem

SV 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". Na honoráři lékaře za jeho vyhotovení se Vám budeme podílet.

Číslo všech Vašich pojistných smluv		
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 úrazu:	čas úrazu:	místo úrazu:
Přesný a úplný popis průběhu úrazu (pokud nestačí místo, přiložte prosím zvláštní list papíru):		
Která část těla byla poraněna:		
Byla tato část těla postižena již před úrazem? <input type="checkbox"/> ANO <input type="checkbox"/> NE		
Šetřila pojistnou událost policie <input type="checkbox"/> ANO <input type="checkbox"/> NE <b>pokud ano, přiložte policejní zprávu</b>		
Byla zraněná osoba v okamžiku úrazu pod vlivem alkoholu, léků nebo omamných látek? <input type="checkbox"/> ANO <input type="checkbox"/> NE		
Údaje o škodné události		
Došlo k úrazu při výkonu povolání? <input type="checkbox"/> ANO <input type="checkbox"/> NE		
Byl jste v době úrazu registrovaným sportovcem? <input type="checkbox"/> ANO <input type="checkbox"/> 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?	<input type="checkbox"/> ANO - výsledek ‰ <input type="checkbox"/> NE
Zraněná osoba byla <input type="checkbox"/> řidič <input type="checkbox"/> spolujezdec	a v době nehody <input type="checkbox"/> byla <input type="checkbox"/> nebyla připoutána.
Údaje o lékařském ošetření	
Kdy byla poprvé poskytnuta lékařská pomoc?	datum: _____ čas: _____
Jméno a adresa lékaře:	
Byla nutná hospitalizace v nemocnici?	<input type="checkbox"/> ANO - od _____ do _____ <input type="checkbox"/> NE
Název a <b>přesná</b> adresa nemocnice:	
Je lékařské ošetření ukončeno?	<input type="checkbox"/> ANO - od: _____ <input type="checkbox"/> NE - výhledově od: _____
Je zraněná osoba opět praceschopná?	<input type="checkbox"/> ANO - od: _____ <input type="checkbox"/> NE - výhledově od: _____
Jméno a <b>přesná</b> adresa současného ošetřujícího lékaře:	
Jméno a <b>přesná</b> adresa praktického lékaře:	
Způsob vyplacení pojistného plnění	
<input type="checkbox"/> převodem na účet:	
<input type="checkbox"/> peněžní poukázkou na adresu:	
Údaje o jiných pojištěních	
Má pojištěná osoba uzavřeno úrazové pojištění ještě u jiných společností?	<input type="checkbox"/> ANO <input type="checkbox"/> NE
Názvy pojišťoven:	
Obdržela zraněná osoba již v minulosti odškodnění za úrazy?	<input type="checkbox"/> ANO <input type="checkbox"/> NE
Kdy?	Od jakých pojišťoven?
Prohlášení a podpis	
<p>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.</p> <p><b>Upozornění:</b> Pokud jste oznámili o pojistné události osobně nevyplňovali, ověřte před jeho podepsáním správnost všech údajů.</p> <p>Je mi známo, že pojišťovna přezkoumá za účelem posouzení své povinnosti poskytnout pojistné plnění údaje, které zde uvádím k odůvodnění svých nároků nebo vyplývajících z předložených dokladů (např. potvrzení, osvědčení) nebo ze sdělení příslušné nemocnice nebo zaměstnanců jiných zdravotních zařízení. Za tímto účelem zprůšťuji 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.</p>	
_____	_____
datum	podpis pojištěné osoby (u nezletilých zákonný zástupce)

Sídlo společnosti  
SV pojišťovna, a.s.  
Vyskočilova 1481/4  
140 00 Praha 4  
Číslo účtu: 126971750/0300

Kontakt  
telefon: +420 221 585 111  
info@svpojivovna.cz  
www.svpojivovna.cz

Společnost je vedena  
u Městského soudu v Praze  
oddíl B, vložka 2740  
IČO: 61858714  
DIČ: CZ61858714

