

Číslo pojistné smlouvy: 3558001543

Číslo škody, bylo-li již přiděleno:

**Pojištěný (osoba, která utrpěla úraz)**

Příjmení, jméno, titul:

Rodné číslo/datum narození:

Adresa trvalého pobytu (pokud na této adrese nebydlíte, uveďte korespondenční adresu):

Státní příslušnost:

E-mail:

Telefon/Mobil:

Název a adresa zaměstnavatele – nutno vždy vyplnit:

Číslo a druh průkazu totožnosti:

Datum vydání:

Platnost do:

Vydal orgán/stát:

**Identifikace a prohlášení zástupce pojištěného**

(nevypĺňuje se, pokud pojistnou událost oznamuje sám pojištěný)

Příjmení, jméno, titul:

Rodné číslo/datum narození:

Adresa trvalého pobytu (pokud na této adrese nebydlíte, uveďte korespondenční adresu):

Státní příslušnost:

E-mail:

Telefon/Mobil:

Číslo a druh průkazu totožnosti:

Datum vydání:

Platnost do:

Vydal orgán/stát:

**Všeobecné údaje**

Prosím vyplňte oznámení ve všech kolonkách, podepište a zašlete pojistiteli.

Datum úrazu \_\_\_\_\_ v hod. \_\_\_\_\_ v místě \_\_\_\_\_

Popis činnosti a okolností, za kterých došlo k úrazu:

Která část těla byla poraněna?

Byla tato část poraněna již dříve? ☐ ano ☐ ne datum: \_\_\_\_\_

Zanechal úraz trvalé následky? ☐ ano ☐ ne jaké: \_\_\_\_\_

Pracovní neschopnost (přiložte kopii pracovní neschopnosti) od: \_\_\_\_\_ do: \_\_\_\_\_

Jedná se o pracovní úraz? ☐ ano ☐ ne

Došlo k úrazu při sportu? ☐ ano ☐ ne druh sportu: \_\_\_\_\_

Uveďte, na jaké úrovni (v jaké soutěži) tento sport provozujete?

Název organizace, kde jste registrován(a), nebo která organizovala akci, při které došlo ke zranění:

Konzumoval(a) jste v posledních 12 hodinách před úrazem alkohol? ☐ ano ☐ ne jaký, v jakém množství: \_\_\_\_\_

Šetřila událost policie? ☐ ano ☐ ne adresa: \_\_\_\_\_

V případě úmrtí uveďte důvod a diagnózu (přiložte úmrtní list)

**Pojištění nákladů na invalidní vozík**

(vyplňte pouze v případě, uplatňujete-li nárok na toto pojištění)

Jméno lékaře, který předepsal: \_\_\_\_\_ Odbornost: \_\_\_\_\_

Název a adresa zdravotnického zařízení:

K tomuto oznámení přiložte kopii lékařského předpisu na invalidní vozík, doklad za nákup vozíku a potvrzení o výši příspěvku na nákup invalidního vozíku od Vaší zdravotní pojišťovny

**Pojištění pohřebních výloh**

(vyplňte pouze v případě, uplatňujete-li nárok na toto pojištění)

Datum úmrtí pojištěného: \_\_\_\_\_ Místo úmrtí: \_\_\_\_\_

K tomuto oznámení přiložte doklad za úhradu pohřbu.

**Přiložte prosím veškerou lékařskou dokumentaci k hlášené škodě.**

UNIQA linka +420 488 125 125, e-mail: [info@uniqa.cz](mailto:info@uniqa.cz), [www.uniqa.cz](http://www.uniqa.cz)

UNIQA pojišťovna, a.s., Evropská 810/136, Vokovice 160 00 Praha 6, Česká republika, IČO: 492 40 480, společnost je zapsána v obchodním rejstříku vedeném Městským soudem v Praze, oddíl B, vložka 2012

**Žádám o poskytnutí pojistného plnění na níže uvedený bankovní účet.**

Zadáním čísla účtu můžete zkrátit dobu likvidace škody.

Bankovní spojení: Předčíslí: – Číslo účtu: /Kód banky:  
Majitel účtu\*:

\* V případě, že majitel účtu a osoba oprávněná k převzetí pojistného plnění nejsou totožné osoby, uveďte identifikační údaje majitele účtu:

Jméno a příjmení /Název:

Datum narození/IČO:

Státní příslušnost/země registrace:

Prohlašuji, že veškeré údaje v tomto Oznámení o škodě jsou pravdivé a úplné a že jsem si vědom(a) důsledků nesprávných či neúplných odpovědí pro povinnost pojistitele plnit.

Tímto zmocňuji pojistitele k získání informací z mé zdravotnické dokumentace potřebných k posouzení mých nároků na pojistné plnění. Rovněž souhlasím, aby si pojistitel vyžádal veškerou potřebnou dokumentaci o mém léčení a zdravotním stavu, včetně podkladů od policie, správních orgánů či jiných pojišťoven.

Tímto zprošťuji od povinnosti zachovávat mlčenlivost lékaře, zdravotnická zařízení a zařízení poskytující zdravotní péči, které pojistitel požádá o uvedené informace. Tento souhlas platí i po mé smrti.

Prohlašuji, že souhlasím, aby pojistitel zpracovával mé osobní údaje včetně údajů o mém zdravotním stavu ve smyslu zákona č. 110/2019 Sb., o zpracování osobních údajů. Více informací o zpracování osobních údajů je k dispozici na <http://www.uniqa.cz/osobni-udaje>.

Datum podpisu:

Místo podpisu:

Podpis pojištěného / zástupce pojištěného

**Za pojištěného podepisuje** (vyplňte část identifikace a prohlášení zástupce pojištěného)

- ☐ **Zákonný zástupce** (přiložte rodný list, pokud jste ho doposud pojistiteli neposkytl/(a))  
☐ **Zmocněný zástupce** (přiložte plnou moc)  
☐ **Opatrovník** (přiložte rozhodnutí soudu)

**Potvrzení klubu/spolku**

Byl v době škodní události pojištěný profesionálním sportovcem ☐ ano ☐ ne

(Pojištění nejsou profesionální sportovci, kteří pojištěnou činnost vykonávají na základě smlouvy o spolupráci či jiné obdobné smlouvy. Z obsahu takto uzavřené smlouvy (nikoli z jejího názvu) je zřejmé, že sportovec výkonem sportovní činnosti získává finanční prostředky od sportovního klubu nebo jiného subjektu.)

Zde potvrdí odpovědný pracovník sportovního klubu, spolku apod., že ke škodní události došlo při pojištěné činnosti:

Název klubu/spolku:

Adresa:

IČO:

Jméno a příjmení odpovědného pracovníka

Razítko klubu/spolku