

HLÁŠENÍ ŠKODNÍ UDÁLOSTI – ÚRAZOVÉ POJIŠTĚNÍ

Číslo události (vyplní 4Life Direct)

Veškeré dopisy, dotazy a stížnosti týkající se pojistných smluv je potřeba zaslat pojistiteli na adresu Pobřežní 394/12, 186 00 Praha 8. Komunikaci ohledně stížností a žádostí mezi oběma stranami lze vést písemně, ústně nebo v elektronické podobě. Ve všech případech je osoba povinna uvést číslo pojistné smlouvy nebo jiné údaje identifikující pojistnou smlouvu, které se žádost týká. Písemná odpověď bude zaslána nejpozději do 30 (třiceti) dnů od doručení stížnosti/požadavku. Pokud nebude pojistitel schopen zaslat odpověď v uvedeném lhůtě, bude pojištěný informován společností 4Life Direct o důvodech zpoždění reakce a rovněž o předpokládaném termínu odpovědi, a to nejpozději ve lhůtě 60 (šedesát) dnů od obdržení stížnosti.

VŠEOBECNÉ INFORMACE

1. Vyplňte, prosím, tiskopis HŮLKOVÝM PÍSMEM.
2. Odpovězte, prosím, na všechny dotazy.
3. Zašlete prosím vyplněný a podepsaný tiskopis spolu s ostatními potřebnými dokumenty na následující adresu:

4Life Direct Insurance Services s.r.o., odštěpný závod

Pobřežní 394/12
186 00 Praha 8

Pojišťovatel a společnost 4Life Direct neproplácí náklady spojené s opatřením požadované dokumentace potřebné na účely likvidace škodní události.

SEZNAM POTŘEBNÝCH DOKUMENTŮ

- Kompletně vyplněný tiskopis "Hlášení škodní události - úrazové pojištění" s úředně ověřeným podpisem totožnosti pojištěné osoby.
- Vyplněný tiskopis - Prohlášení lékaře.
- Kopie lékařské dokumentace z prvního ošetření úrazu.
- Kopie dalších lékařských dokumentů souvisejících s úrazem (následnou hospitalizací).
- Kopie propouštěcí zprávy z nemocnice (v případě, pokud nastala hospitalizace v důsledku nehody).
- V případě trvalé invalidity - rozhodnutí příslušné pobočky Sociální pojišťovny o invaliditě v rozsahu alespoň 70 %.
- Kopie protokolu o nehodě z policie, pokud byla vyhotovená.
- Kopie zápisu o nehodě od zaměstnavatele, resp. Inspektorátu práce, pokud byl vyhotoven.

* Pojišťovatel a společnost 4Life Direct si vyhrazují právo prošetřit nahlášenou škodní událost a ztenčit nebo rozšířit rozsah potřebných dokumentů.

UPOZORNĚNÍ: Bez doložení požadované dokumentace nebude škodní událost prošetřená.

1. OSOBNÍ ÚDAJE POJIŠTĚNÉ OSOBY

Číslo pojistné smlouvy: _____

Jméno a příjmení: _____

Datum narození: ____ - ____ - ____ Rodné číslo: _____

Telefon: _____ Email: _____

ADRESA TRVALÉHO BYDLIŠTĚ

Ulice a číslo popisné: _____

Obec: _____ PSČ: _____

DORUČOVACÍ ADRESA (POKUD JE JINÁ NEŽ ADRESA TRVALÉHO BYDLIŠTĚ)

Ulice a číslo popisné: _____

Obec: _____ PSČ: _____

2. OSOBNÍ ÚDAJE OSOBY, KTERÁ SI UPLATŇUJE NÁROK NA POJISTNÉ PLNĚNÍ - POKUD JE ŽADATEL JINÝ NEŽ POJIŠTĚNÁ OSOBA

Jméno a příjmení: _____

Datum narození: ____ - ____ - ____ Rodné číslo: _____ Číslo OP: _____

Telefon: _____ Email: _____

ADRESA TRVALÉHO BYDLIŠTĚ

Ulice a číslo popisné: _____

Obec: _____ PSČ: _____

DORUČOVACÍ ADRESA (POKUD JE JINÁ NEŽ ADRESA TRVALÉHO BYDLIŠTĚ)

Ulice a číslo popisné: _____

Obec: _____ PSČ: _____

3. INFORMACE O NEHODĚ/HOSPITALIZACI POJIŠTĚNÉ OSOBY

Vyplacení pojistného plnění se týká: úraz hospitalizace trvalá invalidita

Datum nehody: ____ - ____ - ____ Místo nehody: _____

Datum hospitalizace od: ____ - ____ - ____ do ____ - ____ - ____

Název a adresa nemocnice: _____

Pořadové číslo hospitalizace v souvislosti s nehodou: _____

Datum vystavení posudku o trvalé invaliditě: ____ - ____ - ____

Podrobný popis vzniku nehody a okolností: _____

Jaká poranění nehoda způsobila _____

Byly poraněné části těla postížené již před touto nehodou (pokud ano, popište jak)? _____

Nastala nehoda při sportu nebo jiné pohybové aktivitě (pokud ano, napište jaké)? _____

4. ÚDAJE LÉKAŘE, KTERÝ POSKYTL INFORMACE O ZDRAVOTNÍM STAVU A PRŮBĚHU LÉČBY

Jméno a příjmení/název instituce: _____

Ulice a číslo popisné: _____

Obec: _____ PSČ: _____

Telefon: _____ Email: _____

6. ÚDAJE O POLICII/PROKURATUŘE, KTERÁ VEDE VYŠETŘOVÁNÍ

Název vyšetřovacího orgánu: _____

Číslo vyšetřovacího spisu: _____

Ulice a číslo popisné: _____

Obec: _____ PSČ: _____

7. VYPLACENÍ POJISTNÉHO PLNĚNÍ

Převod na bankovní účet	Jste vlastníkem účtu? <input type="checkbox"/> ANO <input type="checkbox"/> NE	Předčísí účtu _____	Číslo účtu _____	Kód banky _____
Jméno a příjmení majitele účtu	_____			

Název banky: _____




8. PROHLÁŠENÍ POJIŠTĚNÉ OSOBY

Prohlašuji, že všechny mé odpovědi na písemně položené dotazy pojistitele uvedené v tomto tiskopise jsou pravdivé a úplné a jsem si vědom/a důsledků nepravdivých odpovědí na povinnost pojistitele plnit.

Vaše osobní údaje jsou zpracovávány pojistitelem a společností 4Life Direct v souladu s nařízením Evropského parlamentu a Rady (EU) 2016/679 ze dne 27. dubna 2016 o ochraně fyzických osob v souvislosti se zpracováním osobních údajů a o volném pohybu těchto údajů (dále jen „GDPR“) a dalšími platnými právními předpisy České republiky. Vaše osobní údaje v rozsahu jméno a příjmení, trvalý pobyt, místo přechodného pobytu, rodné číslo, pokud je přiděleno, datum narození, místo a obvod narození, státní příslušnost, druh a číslo dokladu totožnosti, kontaktní telefonní číslo, faxové číslo a e-mailové adresy jsou zpracovávány pro účely vyhodnocení pojistných událostí, což je nezbytné pro splnění pojistné smlouvy a pro dodržení zákonných povinností pojistitele a společnosti 4Life Direct podle příslušných zákonů o pojišťovnictví a distribuci pojištění. Vaše osobní údaje jsou zpracovávány po dobu vyhodnocení pojistné události a následně uchovávány po dobu stanovenou příslušnými právními předpisy.

Osobní údaje pojištěných osob v rozsahu: jméno a příjmení, trvalý pobyt, adresa pro přechodné bydliště, kontaktní telefonní číslo, e-mailové adresy, jsou zpracovávány pro účely přímého marketingu (včetně kontaktu poštou, komunikačními systémy, e-mailem, SMS) jako oprávněný zájem pojistitele a 4Life Direct. Další informace o zpracování Vašich osobních údajů, včetně práva na výmaz, naleznete na internetových stránkách [HYPERLINK "http://www.4lifedirect.cz" www.4lifedirect.cz](http://www.4lifedirect.cz).

Potvrzuji, že nejsem politicky exponovaná osoba ve smyslu § 4 odst. 5 zákona č. 253/2008 Sb., O některých opatřeních proti legalizaci výnosů z trestné činnosti a financování terorismu.

		
Místo	Datum	Úředně ověřený podpis pojištěné osoby

ZDE PODEPÍŠTE