

Oznámení pojistné události – Úraz

Pokyny pro vyplnění formuláře:

1. Vyplňte formulář **ve všech bodech**. **Nezapomeňte vyplnit číslo pojistné smlouvy.**
2. U políček s možností volby označte platnou odpověď křížkem.
3. V případě jakýchkoli nejasností při vyplňování formuláře nás můžete kontaktovat na bezplatné informační lince Kontaktního centra 800 10 66 10 nebo se můžete obrátit na svého poradce.
4. Oznámení spolu s dalšími dokumenty zašlete na adresu: **Komerční pojišťovna, a.s., Palackého 53, 586 01 Jihlava** nebo na e-mail hlaseni@komercpoj.cz.

ÚDAJE O POJIŠTĚNÉM		
Příjmení a jméno:	Rodné číslo (není-li, uveďte datum narození) ¹⁾ :	
Místo narození:	Pohlaví: <input type="checkbox"/> Muž <input type="checkbox"/> Žena	
Stát narození:	Státní občanství:	
Adresa trvalého nebo jiného pobytu včetně státu:	Forma pobytu: <input type="checkbox"/> Trvalý <input type="checkbox"/> Jiný	
Korespondenční adresa (bydliště, liší-li se od adresy trvalého nebo jiného pobytu):		
E-mail:	Telefon:	
Preferovaný způsob komunikace:	<input type="checkbox"/> e-mail <input type="checkbox"/> pošta	
Číslo průkazu totožnosti:	Druh průkazu totožnosti: <input type="checkbox"/> OP <input type="checkbox"/> Jiný 3) (uveďte)	
Orgán, který průkaz totožnosti vydal:	Platnost průkazu od _ _ / _ _ / _ _ _ _ do _ _ / _ _ / _ _ _ _	
Politická expozice 2): <input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne		
Aktuální povolání:		
Povolání v době úrazu:	Jste: <input type="checkbox"/> Pravák <input type="checkbox"/> Levák	
Současný průměrný čistý měsíční výdělek k datu vzniku úrazu v Kč:		
ÚDAJE O ÚRAZU		
Datum úrazu:	Čas:	Místo úrazu:
Podrobný popis průběhu a okolností úrazu:		

Trvala doba léčení Vašeho úrazu 4 týdny nebo méně?		<input type="checkbox"/> Ano	<input type="checkbox"/> Ne
<p>Pokud ANO, není nutné předat „Zpráva ošetřujícího lékaře“ k vyplnění ošetřujícímu lékaři. Přiložte pouze fotokopie lékařských zpráv o léčbě úrazu. Pokud NE, je nutné předat „Zpráva ošetřujícího lékaře“ k vyplnění ošetřujícímu lékaři zraněného.</p>			
Zraněný je:		<input type="checkbox"/> Pravák	<input type="checkbox"/> Levák
Poraněná část těla (u končetin a párových orgánů uveďte poraněnou stranu):		<input type="checkbox"/> Pravá	<input type="checkbox"/> Levá
Byla postižena již před úrazem:		<input type="checkbox"/> Ano	<input type="checkbox"/> Ne
Adresa zdravotnického zařízení:			
a) které poskytl první ošetření úrazu		Kdy: _ _ / _ _ / _ _ _ _	
b) ve kterém byl úraz léčen		Kdy: _ _ / _ _ / _ _ _ _	
Došlo k úrazu při výkonu povolání?		<input type="checkbox"/> Ano	<input type="checkbox"/> Ne
Jste registrovaný sportovec v rámci sportovní registrace?		<input type="checkbox"/> Ano	<input type="checkbox"/> Ne
Datum registrace: _ _ / _ _ / _ _ _ _			
Pokud ano, v kterém sportu / v jaké soutěži?			
Pokud jste registrovaný sportovec, provozujete registrovaný sport aktivně?		<input type="checkbox"/> Ano	<input type="checkbox"/> Ne
Došlo k úrazu při sportu nebo tělovýchovné činnosti?		<input type="checkbox"/> Ano	<input type="checkbox"/> Ne
Pokud ano, uveďte, zda byla organizována a kým:			
Byly okolnosti úrazu vyšetřovány Policií ČR? (Pokud ano, uveďte adresu útvaru, který záležitost šetřil.)			
Jméno a adresa praktického lékaře zraněného:			
ÚDAJE O POJIŠTĚNÍ U OSTATNÍCH POJIŠŤOVEN			
Máte již sjednáno nebo v současné době sjednáváte úrazové pojištění nebo připojištění (doplňkové pojištění úrazu)? Jestliže „ano“, uveďte pojistné částky a všechny pojišťovny.			
Pojištění trvalých následků úrazu	<input type="checkbox"/> Ano <input type="checkbox"/> Ne	Pojišťovna (název)	Pojistná částka v Kč ⁴⁾
Pojištění denního odškodného úrazu, nebo poškození úrazem/následků úrazu	<input type="checkbox"/> Ano <input type="checkbox"/> Ne	Pojišťovna (název)	Denní dávka/Pojistná částka v Kč rok sjednání ⁴⁾

ÚDAJE PRO VÝPLATU POJISTNÉHO PLNĚNÍ

Žádám o výplatu pojistného plnění z výše uvedené pojistné smlouvy. Pojistné plnění poukažte:

 převodem na existující pojistnou smlouvu (uveďte číslo smlouvy) Číslo účtu _____ / _____ (kód banky)Jedná se o účet, jehož jste oprávněným vlastníkem? ano ne Pokud NE, uveďte prosím:

Jméno a příjmení vlastníka účtu: _____

Datum narození: _____ Adresa bydliště, včetně státu: _____

Důvod, proč má být výplata provedena na účet jiné osoby (nemá vlastní účet, společný účet v domácnosti apod.)

 Adresa (uveďte jméno, příjmení, ulici, číslo orientační a popisné, PSČ, místo – poštu), adresa musí být na území České republiky:
Jedná-li se o adresu jinou než trvalého nebo jiného pobytu či korespondenční adresu, uveďte současně prosím důvod zaslání právě na tuto adresu.**PŘILOŽENÉ DOKUMENTY**

<input type="checkbox"/> propouštěcí zpráva	<input type="checkbox"/> zdravotnická dokumentace
<input type="checkbox"/> operační protokol	<input type="checkbox"/> výsledek RTG/CT/MRI vyšetření
<input type="checkbox"/> usnesení policie	<input type="checkbox"/> záznam policie nebo jiného orgánu o dopravní nehodě
<input type="checkbox"/> jiné	

PROHLÁŠENÍ A ZMOCNĚNÍ

Žádám o plnění z pojistné události a prohlašuji, že všechny údaje v tomto Oznámení jsem uvedl/a úplně a pravdivě. Jsem si vědom/a, že neúplné a nesprávné odpovědi mají vliv na plnění pojistovny.

Prohlašuji, že v případě nezletilého dítěte jsem zákonným zástupcem pojištěného dítěte a mám na jeho pojištění pojistný zájem. Souhlasím, abyste si sami nebo prostřednictvím vámi pověřeného lékaře získávali údaje o mém zdravotním stavu, včetně jakékoliv zdravotnické dokumentace od mého lékaře, zdravotní pojistovny, jakéhokoliv orgánu veřejné moci či jiného pojistitele, u kterých mám já sjednáno jiné životní či úrazové pojištění. V případě hlášení Pojistné události týkající se osob Spolucestujících nebo Osob blízkých nás pojištník zmocňuje (resp. jejich jménem zmocňuje), abychom obdobně získávali údaje o jejich zdravotním stavu, včetně jakékoliv zdravotnické dokumentace a jiných záznamů o jejich zdravotním stavu od uvedených osob a orgánů zjišťovali informace o jejich zdravotním stavu, nahlíželi do jejich zdravotnické dokumentace a jiných záznamů o jejich zdravotním stavu, požívali z nich výpisy či opisy, a to i po jejich smrti. Pro účely tohoto zmocnění a v jeho rozsahu Spolucestující nebo Osoby blízké zprošťují (resp. jejich jménem Pojištník zprošťuje) uvedené osoby a orgány jejich zákonné či smluvní povinnosti mlčenlivosti, a to i ve smyslu zákona číslo 372/2011 Sb., o zdravotních službách.

Zmocňujete vy nebo Spolucestující nebo Osoby blízké podle § 50 a § 51 tr. řádu (§ 33 spr. řádu) pracovníka Komerční pojišťovny, a.s., nebo AXA Assistance CZ, s.r.o., aby ve smyslu § 65 tr. řádu (§ 38 spr. řádu) pro potřeby likvidace výše uvedené pojistné události nahlížel do vyšetřovacího spisu Policie ČR, činil z něho výpisky a požíval si na vlastní náklady kopie.

Pojistitel si vyhrazuje právo na možnost vyžádání si dalších dokumentů nezbytných pro vyřízení pojistného nároku.Současně já a Spolucestující nebo Osoby blízké potvrzujeme, že nám byly poskytnuty a jsou nám známy informace týkající se zpracování osobních údajů pojistitelem a souvisejících práv a povinností obsažených v Informačním memorandu pojistitele a skutečnost, že aktuální verzi tohoto Informačního memoranda lze nalézt na www.kbpojistovna.cz/informacni-memorandum.

V případě preferované komunikace prostřednictvím e-mailu poskytují souhlas k zaslání sdělení týkajících se stavu a výsledků šetření pojistné události s využitím prostředků elektronické komunikace (např. e-mail, SMS) na kontakty, které jsem uvedl/a v tomto oznámení pojistné události.

Odesláním oznámení pojistné události e-mailem beru na vědomí, že se jedná o nezábezpečný komunikační kanál a odpovědnost za zaslání osobní údaje přebírá pojištitel až jejich přijetím na jeho poštovní server.

Datum

Jméno a příjmení pojištěného/ zákonného zástupce

Podpis pojištěného/ zákonného zástupce

- 1) Vyplňte datum narození, nebylo-li rodné číslo v ČR přiděleno
- 2) pokud jste politicky exponovanou osobou, vyplňte a přiložte formulář „Čestné prohlášení o PEP“
- 3) uveďte Povolení k pobytu, pas, Řidičský průkaz atp.

Zpráva ošetřujícího lékaře

Upozornění pro lékaře:

- **není nutné vyplňovat, trvalo-li léčení 4 týdny nebo méně.**
- odměnu za vyplnění tohoto tiskopisu Vám uhradí pojištěný (oprávněný), kterému její přijetí potvrdíte stvrzenkou.
- prosíme o **čitelné** vyplnění všech údajů.
- pokud na některé níže uvedené dotazy odpovídáte ano nebo ne, označte platnou odpověď křížkem.
- Za vyplnění Zprávy ošetřujícího lékaře uhradíte lékaři jím požadovanou částku (podle zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách, jde o zdravotní výkon, který nesleduje léčebný účel a je proveden na Vaši žádost). Náklady za vyplnění tohoto formuláře nese pojištěný.

Příjmení a jméno zraněného:	
Datum narození: _ _ / _ _ / _ _ _ _	Rodné číslo: _ _ _ _ / _ _ / _ _
Kdy a kde došlo k prvnímu lékařskému ošetření (uvedte datum, adresu zdravotnického zařízení a jméno lékaře):	
Diagnóza vlastního zranění (česky):	Kód diagnózy podle MKN-10
RTG nález s popisem:	
Jakou příčinu úrazu uvedl pacient při prvním ošetření:	
Popis poškození úrazem s určením jeho rozsahu (u zubů – číselné označení poraněného zubu a zda došlo ke ztrátě nebo ohrožení vitality):	
Podrobně popište způsob léčení (u zlomenin, vymknutí a těžkých podvrtnutí udejte druh a dobu fixace):	
Byl poraněný hospitalizován? Pokud ano, uveďte, kde a kdy (od – do):	<input type="checkbox"/> Ano <input type="checkbox"/> Ne
Operace (operační nález):	
Datum:	
Předpokládaná doba léčení poškození úrazem bude činit _____ týdnů.	
Došlo-li k prodloužení doby léčení v důsledku komplikací, uveďte, o jaké komplikace šlo:	
Uveďte datum, kdy došlo k ustálení zdravotního stavu bez dalšího funkčního zlepšení:	
Celková doba léčení v důsledku úrazu trvala	od _ _ / _ _ / _ _ _ _ do _ _ / _ _ / _ _ _ _
Doba pracovní neschopnosti v důsledku úrazu trvala	od _ _ / _ _ / _ _ _ _ do _ _ / _ _ / _ _ _ _

Byly poraněná část těla nebo orgán již před úrazem postiženy? Pokud ano, uveďte jak a v jakém rozsahu:	<input type="checkbox"/> Ano <input type="checkbox"/> Ne
Došlo k úrazu následkem požití alkoholu nebo návykových látek? Pokud ano, uveďte, o jaký druh návykové látky pravděpodobně šlo. V krvi bylo zjištěno _____ ‰ alkoholu. Do jaké míry požitý alkohol nebo návyková látka ovlivnily chování pojištěného?	<input type="checkbox"/> Ano <input type="checkbox"/> Ne
Bylo příčinou úrazu úmyslné sebepoškození?	<input type="checkbox"/> Ano <input type="checkbox"/> Ne
Předpokládáte, že úraz zanechá trvalé následky? Pokud ano, uveďte jakého pravděpodobného druhu a rozsahu:	<input type="checkbox"/> Ano <input type="checkbox"/> Ne
Jiná sdělení lékaře:	
_____	_____
Místo a datum	Razítko a podpis lékaře