

Oznámení pojistné události – Úraz s trvalými následky

Pokyny pro vyplnění formuláře:

- Na tomto formuláři lze oznámit a uplatnit právo na pojistné plnění za **trvalé následky** úrazu, který lze **hodnotit nejdříve po jejich ustálení, nejpozději však k 3 rokům od úrazu**.
- Vyplňte formulář **ve všech bodech. Nezapomeňte vyplnit číslo pojistné smlouvy.**
- U políček s možností volby označte platnou odpověď křížkem.
- 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.
- Oznámení spolu s dalšími dokumenty zašlete na adresu: **Komerční pojišťovna, a.s., Palackého 53, 586 01 Jihlava.**
- Vaši identifikaci může při sepisování tohoto oznámení pojistné události zajistit Váš poradce nebo si ji můžete zajistit na obecním úřadě s rozšířenou působností, krajském úřadě, u notáře nebo na Czech POINTu.
- Formulář pro lékařskou zprávu** předejte svému ošetřujícímu (odbornému) lékaři k vyplnění trvalých následků úrazu a vyplněný formulář spolu s fotokopii zdravotní dokumentace, včetně popisů RTG snímků týkajících se Vašeho úrazu, zašlete na adresu: **Komerční pojišťovna, a.s., Palackého 53, 586 01 Jihlava**
- K případné lékařské prohlídce k posouzení trvalých následků úrazu Vás vyzveme doporučeným dopisem s uvedením pokynů, jak postupovat.

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

Kdy se Vám úraz stal?	Kde se Vám úraz stal? (např. doma, v tělocvičně)
Podrobný popis průběhu a okolností úrazu:	
Popis poranění:	

První lékařské ošetření bylo poskytnuto dne:
Ve zdravotnickém zařízení (město), případně jméno lékaře:

Kde probíhalo další léčení? (uveďte zdravotnické zařízení, případně jméno lékaře)

Zraněný je: Pravák Levák
Poraněná část těla (u končetin a párových orgánů uveďte poraněnou stranu): Pravá Levá
Byla postižena již před úrazem: Ano Ne

Došlo k úrazu při výkonu povolání? Ano Ne

Jste registrovaný sportovec v rámci sportovní registrace? Ano Ne

Datum registrace: |_|_|/|_|_|/|_|_|_|_|
Pokud ano, ve kterém sportu, v jaké soutěži ?

Pokud jste registrovaný sportovec, provozujete registrovaný sport aktivně? Ano Ne

Došlo k úrazu při sportu nebo tělovýchovné činnosti? Ano 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 uzavřenou pojistnou smlouvu pro stejné pojistné nebezpečí u jiné pojišťovny? ano ne

Pokud ano, uveďte název pojišťovny, pojistnou částku a zda uplatňujete nárok na plnění z důvodu stejné události z tohoto pojištění.

PŘILOŽENÉ DOKUMENTY

<input type="checkbox"/> kopie lékařské zprávy z prvního ošetření	<input type="checkbox"/> zdravotnická dokumentace
<input type="checkbox"/> operační protokol	<input type="checkbox"/> výsledek RTG/CT/MRI vyšetření
<input type="checkbox"/> kopie propouštěcí zprávy	
<input type="checkbox"/> jiné	

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 vlastníka účtu a Váš vztah k němu. Dle zákona o platebním styku nejsme oprávněni vyplácet peněžní prostředky na bankovní účty, jejichž vlastníky nejsou oprávněné osoby.:

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.

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 pojišťovny.

Současně potvrzuji, že mi byly poskytnuty a jsou mi známi informace týkající se zpracování osobních údajů pojistitelem a souvisejících práv a povinností obsažené v Informačním memorandu o nakládání s osobními údaji (Informační memorandum) a skutečnost, že aktuální verzi tohoto Informačního memoranda lze nalézt na našich internetových stránkách www.kb-pojistovna.cz

Souhlasím, aby pojistitel, tj. Komerční pojišťovna, a.s., v souladu s občanským zákoníkem sama nebo jí určené osoby v Informačním memorandu nebo prostřednictvím pověřeného lékaře získávala údaje o mém zdravotním stavu, včetně jakékoliv zdravotnické dokumentace, od mého lékaře, zdravotní pojišťovny či jakéhokoli orgánu veřejné moci či jiného pojistitele, u kterých mám dle dostupných informací sjednáno životní nebo úrazové pojištění. Zmocňuji pojišťovnu, aby si od těchto osob či orgánů zjišťovala informace o mém zdravotním stavu, nahlížela do mé zdravotnické dokumentace a jiných záznamů o mém zdravotním stavu, pořizovala z nich výpisy či opisy, a to i po mé smrti. Pro účely tohoto zmocnění a v jeho rozsahu zprošťuji uvedené osoby a orgány jejich zákonné či smluvní povinnosti mlčenlivosti, a to i ve smyslu zákona číslo 372/2011 Sb., o zdravotních službách.

Pojistitel si vyhrazuje právo na možnost vyžádání si dalších dokumentů nezbytných pro vyřízení pojistného nároku.

Poskytuji 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 nezabezpečený komunikační kanál a odpovědnost za zaslání osobní údaje přebírá pojistitel až jejich přijetím na jeho poštovní server.

Dále **souhlasím** s aktualizací osobních údajů (zejména e-mailové adresy, telefonního kontaktu, korespondenční nebo trvalé adresy), které o mně nebo pojištěných osobách pojistitel zpracovává, pokud se tyto údaje nebudou shodovat s údaji uvedenými v tomto oznámení.

Datum

Jméno a příjmení pojištěného/ zákonného zástupce

Podpis pojištěného/ zákonného zástupce 4)

Potvrzuji, že jsem totožnost žadatele ověřil/a dle průkazu totožnosti.

Jméno a příjmení zástupce pojišťovny

Podpis zástupce pojišťovny

Název společnosti

Kód společnosti

IČ poradce

Kód poradce

Telefon poradce

E-mail poradce

- 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.
- 4) totožnost pojistníka/ pojištěného/ zákonného zástupce / opatrovníka / zákonného zástupce na základě zmocnění byla před podpisem žádosti ověřena dle průkazu totožnosti

LÉKAŘSKÁ ZPRÁVA

Zprávu vyplňuje lékař

- prosíme o **čitelné** vyplnění všech údajů.
 - pokud na některé níže uvedené dotazy odpovídáte ano nebo ne, označte platnou odpověď křížkem
- Náklady spojené s vyplněním Zprávy lékaře pojistitel nehradí (podle zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách, jde o zdravotní výkon, který nesleduje léčebný účel a je proveden na Vaši žádost).

ÚDAJE O PACIENTOVI

Příjmení a jméno:

Rodné číslo: |_|_|_|_|_|_|_| / |_|_|_|_|_|

ÚDAJE K ÚRAZU A TRVALÝM NÁSLEDKŮM

Jaké trvalé následky úraz ze dne |_|_|_|/|_|_|_|/|_|_|_|_| zanechal?

Nastaly zjištěné změny výlučně úrazem?: Ano Ne

1. Popis objektivních příznaků a přesný popis poruchy funkcí, těch částí lidského organismu, které byly úrazem postiženy.

a) Omezení hybnosti kloubu – který byl postižen?

Vyjádřete, prosím, omezení ve stupních a vyplňte i pro zdravý párový kloub (vyplní odborný lékař – ortoped, chirurg, rehabilitační lékař).

flexe	L	P	extenze	L	P
zevní rotace	L	P	vnitřní rotace	L	P
abdukce	L	P	addukce	L	P
pronace	L	P	supinace	L	P

Při poranění kloubů prstů ruky uveďte nedovření prstů do dlaně v cm; popřípadě nemožnost jejich natažení:

Viklavost kloubu:

b) Jizvy - uveďte jejich přesnou lokaci, délku či plochu, tvar a charakter: normální hypertrofická keloidní

V případě plošných jizev uveďte současně: váha poraněného: |_|_|_| kg výška: |_|_|_| cm

c) Ostatní trvalé následky

2. Mají vliv na celkový rozsah trvalých následků choroby s úrazem nesouvisející? Když ano, tak jaké? (např. diabetes mellitus, hemat. onemocnění apod.)

3. Byla poraněná končetina nebo orgán již před úrazem postižen/a? Pokud ano, uveďte kdy a v jakém rozsahu?

4. Je skončeno léčení úrazu a je současný zdravotní stav ustálen? Když ne, tak popište rozsah.

5. Ostatní zdravotní sdělení ošetřujícího lékaře.

6. Dále Vás žádáme o spolupráci při zapůjčení RTG snímků pro potřeby posouzení trvalých následků odborným lékařem Komerční pojišťovny, a. s. Poskytněte prosíme, klientovi fotokopie posledních lékařských odborných nálezů, aby nám je mohl odeslat s tímto formulářem.

ÚDAJE O LÉKAŘI

Datum vystavení: |_|_|/|_|_|/|_|_|_|_|

Razítko nemocnice / lékaře

Podpis lékaře