

## Oznámení pojistné události – Úraz s trvalými následky dítěte do 18 let

### 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 servisu 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@komercpoi.cz](mailto:hlaseni@komercpoi.cz).
5. **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**
6. K případné lékařské prohlídce k posouzení trvalých následků úrazu Vás vyzveme doporučeným dopisem s uvedením pokynů, jak postupovat.

ÚDAJE O POJIŠTĚM DÍTĚTI	
Příjmení a jméno:	Rodné číslo (není-li, uveďte datum narození) <sup>1)</sup> :
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
Politická expozice 2): <input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne	
ÚDAJE O ZÁKONNÉM ZÁSTUPCI	
Příjmení a jméno:	Rodné číslo (není-li, uveďte datum narození) <sup>1)</sup> :
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	

**ÚDAJE O ÚRAZU**

Kdy se úraz stal?

Kde se 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 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** kopie lékařské zprávy z prvního ošetření zdravotnická dokumentace operační protokol výsledek RTG/CT/MRI vyšetření kopie propouštěcí zprávy 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:

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 pojistník 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, požadovali 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 Pojistník 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 pojistovny, 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 požadoval 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](http://www.kbpojistovna.cz/informacni-memorandum).

V případě preferované komunikace prostřednictvím e-mailu poskytují souhlas k zaslání sdělení týkající se stavu a výsledkůšetření 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.

V případě, kdy se osobní údaje (zejména e-mailová adresa, telefonní kontakt, korespondenční nebo trvalá adresa) o mně nebo pojištěných osobách, které pojistitel zpracovává, liší od údajů uvedených v tomto oznámení, beru na vědomí, že budou aktualizovány.

Datum

Jméno a příjmení pojištěného/ zákonného zástupce

Podpis pojištěného/ zákonného zástupce

- 1) vyplní se datum narození, nebylo-li rodné číslo v ČR přiděleno  
2) uveďte Povolení k pobytu, pas, Řidičský průkaz, atp.  
\*) nehodící se štkněte

## 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).

Příjmení a jméno zraněného:			Datum narození:  _ _ / _ _ / _ _ _ _		
1. Jaké trvalé následky úraz ze dne _ _ / _ _ / _ _ _ _  zanechal? Nastaly zjištěné změny výlučně úrazem?* : <input type="checkbox"/> Ano <input type="checkbox"/> Ne					
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					
Jiné údaje:					
b) v případě jizev uveďte jejich přesnou lokaci, délku či plochu, tvar a charakter *: <input type="checkbox"/> normální <input type="checkbox"/> hypertrofická <input type="checkbox"/> 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 prosím, klientovi fotokopie posledních lékařských odborných nálezů, aby nám je mohl odeslat s tímto formulářem.					
Místo a datum			Razítko a podpis lékaře, adresa zdrav.zařízení a telefon		