

ZPRÁVA LÉKAŘE – POSUDEK O BOLESTNÉM K náhradě škody na zdraví z pojištění odpovědnosti

- Formulář prosím vyplňte v souladu s § 2958 zákona č. 89/2012 Sb., občanský zákoník a aktuální metodikou Nejvyššího soudu k tomuto ustanovení.
- Formulář musí obsahovat informace od ošetřujícího lékaře, který se účastnil léčení Poškozeného.
- Za vyplnění Zprávy lékaře – Posudek o bolestném 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).
- Vyplněný formulář spolu s dalšími dokumenty zašlete elektronicky na e-mail likvidace@komercpoi.cz nebo poštou na korespondenční adresu: Komerční pojišťovna, a.s., Palackého 53, 586 01 Jihlava.
- V případě jakýchkoli nejasností při vyplňování formuláře nás můžete kontaktovat na informační lince Kontaktního centra 955 527 777.

ÚDAJE O POJIŠTĚNÉM

Příjmení a jméno, titul:

Rodné číslo/Datum narození: |_|_|_|_|_|_|_|_| / |_|_|_|_|_|

Adresa trvalého nebo jiného pobytu, včetně státu:

Korespondenční adresa (bydliště, liší-li se od adresy trvalého nebo jiného pobytu):

E-mail:

Telefon:

Preferovaný způsob komunikace: E-mail Pošta

ÚDAJE K ÚRAZU (POŠKOZENÍ)

Úraz (poškození) ze dne |_|_|_| / |_|_|_| / |_|_|_|_|_|_|

Vstoupil do léčení dne |_|_|_| / |_|_|_| / |_|_|_|_|_|_| Léčení skončilo dne |_|_|_| / |_|_|_| / |_|_|_|_|_|_|

Práce neschopen od |_|_|_| / |_|_|_| / |_|_|_|_|_|_| Práce neschopen do |_|_|_| / |_|_|_| / |_|_|_|_|_|_|

Pracovní neschopnost vznikla v souvislosti se zraněním při dopravní nehodě? ANO NE

Příčina úrazu podle sdělení Poškozeného:

Byl Poškozený před úrazem zdravý?

Pokud ne, uveďte jakou chorobou trpěl? Měl Poškozený úraz podobného typu? ANO NE

Měl předchozí zdravotní stav Poškozeného vliv na:

a) vznik úrazu (pokud ano, uveďte jaký) ANO NEb) následky úrazu (pokud ano, uveďte jaký) ANO NE

Byl poškozený v době vzniku újmy na zdraví pod vlivem alkoholu nebo jiné návykové látky?

(pokud ano, uveďte naměřenou hodnotu):

 ANO NE

Lze předpokládat trvalé následky z újmy na zdraví? (pokud ano, uveďte jaké):

 ANO NE

Náročnost léčení, komplikující faktory a jiné skutečnosti pro posouzení újmy na zdraví:

Popis jednotlivých zranění (české názvy)	Kód	Počet bodů	Zvýšeno o
Celkový počet bodů			

Žádáme o přiložení lékařských zpráv, ze kterých se určovaly diagnózy.

ZPRACOVÁNÍ OSOBNÍCH ÚDAJŮ

Zpracování osobních údajů poškozeného na základě plnění zákonné povinnosti.

Poškozený souhlasí, že jím sdělené údaje ošetřujícímu lékaři uvedl/a úplně a pravdivě. Poškozený si je vědom/a, že neúplné a nesprávné odpovědi mohou mít vliv na plnění pojistovny.

Poškozený uděluje souhlas, aby Komerční pojišťovna, a.s., IČO: 639 98 017, se sídlem náměstí Junkových 2772/1, Stodůlky, 155 00 Praha 5, zapsaná v obchodním rejstříku vedeném Městským soudem v Praze pod sp. zn. B 3362 (dále jen „Komerční pojišťovna“) a další jí určené osoby uvedené v Informačním memorandu o nakládání s osobními údaji (dále jen „Informační memorandum“) zpracovávaly moje osobní údaje za účelem šetření a likvidace pojistné události. Dále prohlašuje, že mu byly poskytnuty informace, že svůj souhlas může kdykoliv bezplatně odvolat, a to písemně zasláním odvolání na adresu Komerční pojišťovny či e-mailem na adresu dpc@komercpoj.cz.Současné potvrzuje, že mu byly poskytnuty a jsou mu známy informace týkající se zpracování osobních údajů Komerční pojišťovnou a souvisejících práv a povinností obsažené v Informačním memorandu a skutečnost, že aktuální verzi tohoto Informačního memoranda lze nalézt na internetových stránkách www.kbpojistovna.cz.

Bere na vědomí, že Komerční pojišťovna si vyhrazuje právo na možnost vyžádání si dalších dokumentů nezbytných pro vyřízení pojistného nároku.

ÚDAJE O OŠETŘUJÍCÍM LÉKAŘI

Jméno a příjmení:

Telefon:

E-mail:

Za vypracování této zprávy byla poškozenému vyúčtována částka ve výši Kč |_|_|_|_|_|, kterou uhradil.

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

Razítko nemocnice / lékaře

Podpis lékaře