

Oznámení pojistné události – Úraz s trvalými následky

Pokyny pro vyplnění formuláře:

1. 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**.
2. Vyplňte formulář **ve všech bodech. Nezapomeňte vyplnit číslo pojistné smlouvy.**
3. U políček s možností volby označte platnou odpověď křížkem.
4. 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.
5. Oznámení spolu s dalšími dokumenty zašlete na adresu: **Komerční pojišťovna, a.s., Palackého 53, 586 01 Jihlava** nebo na e-mail hlaseni@komercpoj.cz.
6. **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**
7. 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 pojištění 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 (uvedte 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 (uvedte 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 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, poživovali 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 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 výpisy a poživoval 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 našich internetových stránkách 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 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) 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.

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?					
2. 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:					
3. Mají vliv na celkový rozsah trvalých následků choroby s úrazem nesouvisející? Když ano, tak jaké? (např. diabetes mellitus, hemat. onemocnění apod.)					
4. Byla poraněná končetina nebo orgán již před úrazem postižen/a? Pokud ano, uveďte kdy a v jakém rozsahu?					
5. Je skončeno léčení úrazu a je současný zdravotní stav ustálen? Když ne, tak popište rozsah.					
6. Ostatní zdravotní sdělení ošetřujícího lékaře.					
7. 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		