

Oznámení pojistné události – Úraz 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 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 POJIŠTĚM DÍTĚTI

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
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) 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	

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		

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.

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 poskytlo 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 Kč⁴⁾
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 sjednání⁴⁾

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, 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 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 pořivoval si na vlastní náklady kopie.

Pojištník 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 obsažené 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 nezabezpečený komunikační kanál a odpovědnost za zaslání osobní údaje přebírá pojištník 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 pojištník 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) pokud jste politicky exponovanou osobou, je nutné doložit 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?

 Ano Ne

Pokud ano, uveďte jak a v jakém rozsahu:

Došlo k úrazu následkem požití alkoholu nebo návykových látek?

 Ano Ne

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?

Bylo příčinou úrazu úmyslné sebepoškození?

 Ano Ne

Předpokládáte, že úraz zanechá trvalé následky?

 Ano Ne

Pokud ano, uveďte jakého pravděpodobného druhu a rozsahu:

Jiná sdělení lékaře:

Místo a datum

Razítko a podpis lékaře