

Oznámení pojistné události Sphere card – TRVALÉ NÁSLEDKY ÚRAZU

Pokyny pro vyplnění formuláře:

1. Vyplňte první dvě strany tohoto formuláře ve všech bodech, poslední stranu předejte k vyplnění ošetřujícímu lékaři.
V případě, že doba léčení Vašeho úrazu trvala 4 týdny nebo méně, není nutné vyplnit formulář „Zpráva ošetřujícího lékaře“. Stačí přiložit fotokopie lékařských zpráv o léčbě úrazu s razítkem a podpisem lékaře.
V případě, že léčení Vašeho úrazu trvalo více než 4 týdny, předložte formulář „Zpráva ošetřujícího lékaře“ k vyplnění ošetřujícímu lékaři. Bez kompletního vyplnění formuláře nelze zahájit šetření pojistné události a podstatně se prodlouží doba likvidace. Pojistitel je oprávněn ověřit si veškeré informace k hlášené události.
2. Podpis Oznámení na straně 2 proveďte až v rámci jeho úředního ověření před osobou ověřujícího.
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 Klientského servisu 800 10 66 10.
5. Za vyplnění Zprávy ošetřujícího lékaře uhradte lékaři jím požadovanou částku (podle vyhlášky ministerstva zdravotnictví ČR č. 467/1992 Sb., o léčebné péči poskytované za úhradu, jde o zdravotní výkon, který nesleduje léčebný účel a je proveden na Vaši žádost). Náklady za vyplnění tohoto formuláře nese pojištěný.
6. Oznámení zašlete doporučeně na adresu: **Komerční pojišťovna, a. s., Palackého 53, 586 01 Jihlava.**

ÚDAJE O POJIŠTĚNÉM / ZRANĚNÉM		
Archivní číslo pojištěného:		
Příjmení a jméno pojištěného:	Rodné číslo*:	
Místo narození:	Pohlaví: <input type="checkbox"/> muž <input type="checkbox"/> žena	
Státní občanství:	Forma pobytu: <input type="checkbox"/> trvalý <input type="checkbox"/> jiný	
Adresa trvalého bydliště vč. PSČ:	Telefon:	
Korespondenční adresa (liší-li se od adresy trvalého bydliště):		
Povolání v době úrazu (u OSVČ uveďte bližší popis činnosti):		
Adresa zaměstnavatele vč. tel. čísla:		
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 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):		
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		

Došlo k úrazu při výkonu povolání? <input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne
Jste registrovaný sportovec? <input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne
Pokud ano, ve kterém sportu? V jaké soutěži?
Stal se úraz při sportovní 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.)
Při úrazu s motorovým vozidlem uveďte SPZ:
Jméno a adresa praktického lékaře zraněného:
ÚDAJE PRO VÝPLATU POJISTNÉHO PLNĚNÍ**
Žádám o výplatu pojistného plnění z výše uvedené pojistné smlouvy.
Pojistné plnění poukažte:
<input type="checkbox"/> na běžný účet (pojistné plnění nelze převádět na termínovaný nebo spořicí účet), účet musí být veden na území České republiky: Číslo účtu / kód banky:
<input type="checkbox"/> na adresu (uveďte jméno, příjmení, ulice, číslo orientační a popisné, PSČ, místo-pošta), adresa musí být na území České republiky:
PROHLÁŠENÍ A ZMOCNĚNÍ
<p>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.</p> <p>Současně souhlasím, aby pojišťovna v souladu s občanským zákoníkem sama nebo prostřednictvím pověřeného lékaře získávala údaje o mém zdravotním stavu, včetně jakékoliv zdravotnické dokumentace, od mého lékaře, zdravotní pojišťovny či jakéhokoli orgánu veřejné moci.</p> <p>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.</p> <p>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.</p>
V _____ dne _____
Podpis pojištěného***

* vyplní se datum narození, nebylo-li rodné číslo v ČR přiděleno

** **pojistné plnění lze vyplatit vždy pouze na jednu adresu nebo na jeden bankovní účet** (není možné plnění zasílat na více adres či účtů)

*** podpis pojištěného musí být úředně ověřen

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.

Lékař potvrzuje, že ošetřoval pojištěného, který je uveden na první straně tohoto Oznámení, a zjistil poškození úrazem tohoto druhu a rozsahu:

Příjmení a jméno zraněného:	Datum narození:
Kdy a kde došlo k prvnímu lékařskému ošetření (uveďte 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? <input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne	od: _____ do: _____
Kde?	
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? <input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne	
Pokud ano, uveďte jak a v jakém rozsahu:	
Došlo k úrazu následkem požití alkoholu nebo návykových látek? <input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> 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? <input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne	
Předpokládáte, že úraz zanechá trvalé následky? <input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne Pokud ano, uveďte jakého pravděpodobného druhu a rozsahu:	
Jiná sdělení lékaře:	
V _____ dne	Razítko a podpis lékaře