

Oznámení pojistné události – Úraz

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.**
5. Vaši identifikaci může při sepisování tohoto oznámení pojistné události zajistit Váš poradce nebo si ji můžete zajistit na obecním úřadě s rozšířenou působností, krajském úřadě, u notáře nebo na Czech POINTu.

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		
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 vlastníka účtu a Váš vztah k němu. Dle zákona o platebním styku nejsme oprávněni vyplácet peněžní prostředky na bankovní účty, jejichž vlastníky nejsou oprávněné osoby.:

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.

Současně potvrzuji, že mi byly poskytnuty a jsou mi známy informace týkající se zpracování osobních údajů pojistitelem a souvisejících práv a povinností obsažené v Informačním memorandu o nakládání s osobními údaji (**Informační memorandum**) a skutečnost, že aktuální verzi tohoto Informačního memoranda lze nalézt na našich internetových stránkách www.kb-poiistovna.cz

Souhlasím, aby pojistitel, tj. Komerční pojišťovna, a.s., v souladu s občanským zákoníkem sama nebo jí určené osoby v Informačním memorandu nebo prostřednictvím pověřeného lékaře získávala údaje o mém zdravotním stavu, včetně jakékoliv zdravotnické dokumentace, od mého lékaře, zdravotní pojišťovny či jakéhokoli orgánu veřejné moci či jiného pojistitele, u kterých mám dle dostupných informací sjednáno životní nebo úrazové pojištění. 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, požadovala z nich výpisy či opisy, a to i po mé smrti. 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.

Pojistitel si vyhrazuje právo na možnost vyžádání si dalších dokumentů nezbytných pro vyřízení pojistného nároku.

Poskytuji 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.

Dále **souhlasím / nesouhlasím*** s aktualizací osobních údajů (zejména e-mailové adresy, telefonního kontaktu, korespondenční nebo trvalé adresy), které o mně nebo pojištěných osobách pojistitel zpracovává, pokud se tyto údaje nebudou shodovat s údaji uvedenými v tomto oznámení.

Datum

Jméno a příjmení pojištěného/ zákonného zástupce

Podpis pojištěného/ zákonného zástupce 4)

Potvrzuji, že jsem totožnost žadatele ověřil/a dle průkazu totožnosti.

Jméno a příjmení zástupce pojišťovny

Podpis zástupce pojišťovny

Název společnosti

Kód společnosti

IČ poradce

Kód poradce

Telefon poradce

E-mail poradce

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.
 4) totožnost pojistníka/ pojištěného/ zákonného zástupce / opatrovníka / zákonného zástupce na základě zmocnění byla před podpisem žádosti ověřena dle průkazu totožnosti

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 potvrďte 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? Pokud ano, uveďte jak a v jakém rozsahu:	<input type="checkbox"/> Ano <input type="checkbox"/> Ne
Došlo k úrazu následkem požití alkoholu nebo návykových látek? 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?	<input type="checkbox"/> Ano <input type="checkbox"/> Ne
Bylo příčinou úrazu úmyslné sebepoškození?	<input type="checkbox"/> Ano <input type="checkbox"/> Ne
Předpokládáte, že úraz zanechá trvalé následky? Pokud ano, uveďte jakého pravděpodobného druhu a rozsahu:	<input type="checkbox"/> Ano <input type="checkbox"/> Ne
Jiná sdělení lékaře:	
_____	_____
Místo a datum	Razítko a podpis lékaře