

Záznamy pojistitele

## Oznámení pojistné události Trvalé následky úrazu

Tento formulář nejprve vyplňte v částech 1 až 3. Poté jej předejte svému ošetřujícímu lékaři k vyplnění lékařské zprávy. Následně formulář, včetně nezbytných příloh, jejichž seznam je uveden v bodě 3, pošlete na adresu ČSOB Pojišťovny uvedenou v záhlaví nebo elektronicky na info@csobpoj.cz.

### Část 1 Pojistná smlouva (čísla pojistných smluv pojištěného, ze kterých uplatňuje nárok na plnění)

č. ....	č. ....	č. ....
---------	---------	---------

#### Osobní údaje pojištěného

Jméno a příjmení		Rodné číslo	Zdravotní pojišťovna
Korespondenční adresa (název ulice, číslo popisné, obec)		PSČ	Telefon
E-mail	Stát místa narození, pokud je jiný než ČR	Stát trvalého pobytu, pokud je jiný než ČR	
Povolání / převažující druh výdělečné činnosti			

#### Osobní údaje zplnomocněné osoby oznamovatele (je-li odlišný od pojištěného) popřípadě zákonného zástupce nezletilého pojištěného

Jméno a příjmení		Vztah k pojištěnému	Rodné číslo
Korespondenční adresa (název ulice, číslo popisné, obec)		PSČ	Telefon
E-mail	Stát místa narození, pokud je jiný než ČR	Stát trvalého pobytu, pokud je jiný než ČR	

#### Výplata pojistného plnění

<input type="checkbox"/>	Plnění poukážte na účet	Číslo účtu	Kód banky	Specifický symbol	Variabilní symbol
<input type="checkbox"/>	Plnění poukážte na adresu	<input type="checkbox"/> Adresa totožná s adresou pojištěného	<input type="checkbox"/> Adresa odlišná od adresy pojištěného (ulice, č.p., obec, PSČ)		

### Část 2 Údaje o vzniku úrazu

Došlo k úrazu při sportu?	NE <input type="checkbox"/>	ANO <input type="checkbox"/>	Pokud ANO, druh sportu:
Pokud ANO, jednalo se o profesionální sport?	NE <input type="checkbox"/>	ANO <input type="checkbox"/>	
Došlo k úrazu při výkonu povolání?	NE <input type="checkbox"/>	ANO <input type="checkbox"/>	Pokud ANO, doložte záznam o pracovním úrazu.
Vyšetřovala úraz policie?	NE <input type="checkbox"/>	ANO <input type="checkbox"/>	Pokud ANO, doložte konečné usnesení.
Kdy a kde k úrazu došlo?	Datum	Čas	Místo
Poraněná část těla			
Byla poraněná část těla již před úrazem postižena?	NE <input type="checkbox"/>	ANO <input type="checkbox"/>	Pokud ANO, napište jak a kdy.
Popis úrazového děje			
Pojištěný je	PRAVÁK <input type="checkbox"/>	LEVÁK <input type="checkbox"/>	Došlo k úrazu pod vlivem alkoholu či omamné nebo psychotropní látky? NE <input type="checkbox"/> ANO <input type="checkbox"/>
Svědci přítomní úrazu: Jméno a příjmení		Adresa	Telefon

CSOBPO6K0000000



Jméno a adresa lékaře nebo zařízení, které poskytlo prvotní ošetření:	Datum prvního ošetření
Kde došlo k doléčení úrazu:	Jméno a adresa praktického lékaře

**Část 3**
**Seznam dokladů nezbytných k posouzení nároku na plnění z pojištění**

Přiloženo ANO	NE	Název dokladu
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Konečné usnesení policie (dopravní nehody a jiná protiprávní jednání)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Záznam o pracovním úrazu, pokud se jednalo o pracovní úraz
Seznam dokladů, jejichž předložení umožní včasné ukončení šetření pojistné události		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Lékařská zpráva vztahující se k úrazu
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Propouštěcí zpráva z nemocnice, probíhalo-li léčení v nemocnici

Uplatnil pojištěný nárok na pojistné plnění za stejný úraz **NE**  **ANO**  Pokud ANO, uveďte název pojistitele.  
i u jiného pojistitele?

**Prohlášení**

**Pojištěného:**  
 Prohlašuji, že všechny mé odpovědi na písemně položené dotazy pojistitele uvedené v tomto tiskopisu jsou pravdivé a úplné a jsem si vědom důsledků nepravdivých odpovědí na povinnost pojistitele plnit. V souladu se zákonem č. 101/2000 Sb., o ochraně osobních údajů (dále jen „zákon“), souhlasím, aby mé osobní údaje, včetně údajů o mém zdravotním stavu, byly pojistitelem zpracovávány v rámci činnosti v pojišťovnictví a činnosti související s pojišťovací činností podle zákona č. 277/2009 Sb., o pojišťovnictví, a to po dobu nezbytně nutnou k zajištění práv a povinností plynoucích ze závazkového vztahu. Ve smyslu zákona č. 133/2000 Sb., o evidenci obyvatel a o rodných číslech, souhlasím s tím, aby ve stejném rozsahu, za stejným účelem a po stejnou dobu jako ostatní osobní údaje bylo využíváno rodné číslo, jehož jsem nositelem. Prohlašuji, že jsem byl v souladu se zákonem řádně informován o zpracování mých osobních údajů, svých právech a povinnostech zpracovatelů údajů. Veškeré poskytnuté údaje bude zpracovávat pojistitel nebo zpracovatel registrovaný v souladu s § 16 zákona Úřadem pro ochranu osobních údajů. Dále zmocňuji pojistitele, aby si pro potřebu šetření pojistné události vyžadoval veškeré informace a potřebnou zdravotní dokumentaci o mém zdravotním stavu a zavazují se tuto zdravotní dokumentaci v případě potřeby pro pojistitele zajistit. Zároveň žádám a opravňuji tímto všechny dotazované ošetřující lékaře o uvedení přesné diagnózy. Na důkaz svého souhlasu s výše uvedením zmocněním připojuji k tomuto prohlášení svůj podpis. Tímto zároveň lékaře, ústavy a zdravotnická zařízení, které pojistitel o uvedené informace požádá, zprošťuji od povinnosti zachovávat mlčenlivost.

Prohlašuji, že nyní jsem nebo jsem v posledním roce byl politicky exponovanou osobou ve smyslu ustanovení § 4 odst. 5 zákona č. 253/2008 Sb., o některých opatřeních proti legalizaci výnosů z trestné činnosti a financování terorismu, ve znění pozdějších předpisů.  
 Pokud bylo zvoleno ano, uveďte postavení politicky exponované osoby: .....  
 Není-li tento odstavec zaškrtnut, pak prohlašuji, že nyní nejsem nebo jsem v posledním roce nebyl politicky exponovanou osobou ve smyslu výše uvedeného ustanovení.

**Oznamovatele nebo zplnomocněné osoby:**  
 Prohlašuji, že všechny mé odpovědi na písemně položené dotazy pojistitele uvedené v tomto tiskopise jsou pravdivé a úplné. V souladu se zákonem č. 101/2000 Sb., výslovně souhlasím, aby mé osobní údaje byly pojistitelem zpracovány v rámci činnosti v pojišťovnictví a činnosti související s pojišťovací činností podle zákona č. 277/2009 Sb., a to po dobu nezbytně nutnou k zajištění všech práv a povinností plynoucích ze závazkového vztahu. Ve smyslu zákona č. 133/2000 Sb., o evidenci obyvatel a o rodných číslech, souhlasím s tím, aby ve stejném rozsahu, za stejným účelem a po stejnou dobu jako ostatní osobní údaje bylo využíváno rodné číslo, jehož jsem nositelem. Prohlašuji, že jsem byl v souladu se zákonem řádně informován o zpracování mých osobních údajů, o svých právech a o povinnostech zpracovatelů údajů. Veškeré poskytnuté údaje bude zpracovávat pojistitel nebo zpracovatel registrovaný v souladu s ust. § 16 zákona Úřadem pro ochranu osobních údajů. Na důkaz svého souhlasu s výše uvedením připojuji k tomuto prohlášení svůj podpis.  
 Zplnomocněná osoba zároveň prohlašuje, že v souladu s plnou mocí, kterou jí pojištěný udělil, je oprávněna jeho jménem žádat ošetřující lékaře o poskytnutí údajů o jeho zdravotním stavu a léčení včetně potřebné zdravotní dokumentace. Zároveň přikládá originál či ověřenou kopii udělené plné moci.

Souhlasím s tím, že budu pojišťovnou kontaktován/a elektronickou cestou s využitím mnou uvedených kontaktních údajů (e-mail / telefon) a to včetně zaslání informací o mém zdravotním stavu nebo zdravotním stavu toho, jehož jsem zákonným zástupcem.

V ..... dne .....

.....  
 Podpis pojištěného

.....  
 Podpis oznamovatele, zplnomocněné osoby  
 (předkládá-li tiskopis)

Záznamy pojistitele

## Lékařská zpráva

### Trvalé následky úrazu

Poskytnutí údajů je v souladu se souhlasem pojištěného uvedeným v prohlášení na pojistné smlouvě. Zpráva je požadována za účelem šetření nutného ke zjištění rozsahu povinnosti pojistitele plnit, resp. za účelem objektivizace rozsahu nároků vyplývajících ze smluvního vztahu uzavřeného s pojištěným.

#### Údaje o pojištěném a jeho poranění

Jméno a příjmení	Rodné číslo
DG úrazového poškození	Úraz ze dne

#### Údaje o aktuálním rozsahu trvalého poškození

Označte, o jaký druh poškození se jedná, a uveďte podrobný popis jeho rozsahu. Pokud se na trvalém poškození podílel předchozí nebo následný úraz či onemocnění, popište jakou měrou.

1	<input type="checkbox"/>	Poškození pohybového aparátu – aktuální rozsahy pohybu, stabilita kloubů, atrofické změny, nedověř do dlaně v případě poškozených prstů ruky [v cm], porovnání mezi poškozenou a nepoškozenou končetinou.
2	<input type="checkbox"/>	Ztrátová poškození – lokalizace a rozsah ztráty
3	<input type="checkbox"/>	Neurologická poškození – popis rozsahu
4	<input type="checkbox"/>	Poškození očí – visus obou očí před a po úraze
5	<input type="checkbox"/>	Poškození stálých zubů – vitalita zubů před a po úraze, ztráta zubu nebo jeho části a podobně
6	<input type="checkbox"/>	Ztrátová poškození – lokalizace a rozsah ztráty
7	<input type="checkbox"/>	Poškození smyslových orgánů - stav poraněného smyslového orgánu před a po úraze
8	<input type="checkbox"/>	Jizvy – vzhled a velikost v cm a lokalizace jizvy, rozsah v cm <sup>2</sup> případě popálenin
9	<input type="checkbox"/>	Omezení funkčnosti vnitřních orgánů
10	<input type="checkbox"/>	Jiné – uveďte jaké

Podrobný popis jednotlivých poškození vyznačených ve výše uvedeném přehledu. Ke každému popisovanému poškození uveďte příslušné číslo, kterého se popis týká.




Je stav tělesných poškození ustálen? **NE**  **ANO**

Je plánováno další léčení? **NE**  **ANO**

Pokud ANO, napište jaké a kdy?

**Doplňující údaje**

<b>Operace</b> – podrobil se pojištěný v souvislosti s popsáním tělesným poškozením operačnímu zákroku?	NE <input type="checkbox"/> ANO <input type="checkbox"/>	Pokud ANO, kdy, kde a popis zákroku, přiložte propouštěcí zprávu a operační protokol.	
<b>Hospitalizace</b> – byl pojištěný, v souvislosti s popsáním tělesným poškozením hospitalizován?	NE <input type="checkbox"/> ANO <input type="checkbox"/>	Pokud ANO, kde?	Od <input type="text"/> Do <input type="text"/>
<b>Alkohol</b> – došlo k úrazu pod vlivem alkoholu (popřípadě jiné psychotropní látky)?	NE <input type="checkbox"/> ANO <input type="checkbox"/>	Pokud ANO, uveďte příznaky požití.	Zjištěno <input type="text"/>  % alkoholu <input type="text"/>

**Předchorobí**

Byla funkce postižených orgánů omezena již před úrazem?	NE <input type="checkbox"/> ANO <input type="checkbox"/>	Pokud ANO, popište v jakém rozsahu?
Trpěl pojištěný již před úrazem obtížemi nebo úrazy poraněné části těla?	NE <input type="checkbox"/> ANO <input type="checkbox"/>	Pokud ANO, popište jakými?

V ..... dne .....  
Razítko a podpis lékaře

**Příloha**

Vyznačte lokalizaci a rozsah trvalého poškození vzniklého následkem předmětného úrazu na těle, končetinách, hlavě nebo krku (jizvy, popáleniny a podobně).

