

Záznamy pojistitele

Oznámení pojistné události Denní odškodné z úrazového pojištění

Tento formulář nejprve vyplňte v částech 1 až 3. Pokud léčení úrazu trvalo déle než 30 dnů, požádejte svého ošetřujícího lékaře o vyplnění Lékařské zprávy (2. a 3. strana tohoto formuláře). Jestliže trvalo méně než 30 dnů, můžete Lékařskou zprávu nahradit zprávou z prvního ošetření spolu s doložením veškerých zpráv z kontrolních návštěv. Poté 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 / 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

Kdy a kde k úrazu došlo	Datum	Čas	Místo
Popis úrazového děje			
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.
Napište, zda je pojištěný		PRAVÁK <input type="checkbox"/>	LEVÁK <input type="checkbox"/>
Došlo k úrazu při sportu?		NE <input type="checkbox"/>	ANO <input type="checkbox"/> Druh sportu:
Pokud ANO, jednalo se o: organizovanou sportovní činnost?		NE <input type="checkbox"/>	ANO <input type="checkbox"/>
výkon profesionálního sportu?		NE <input type="checkbox"/>	ANO <input type="checkbox"/>
Pokud ANO, uveďte název a adresu pořádající organizace			
Jaké sporty provozoval pojištěný v době úrazu a v jakých soutěžích?			

CSOBPO6J0000000



Došlo k prodloužení léčení v důsledku komplikací? Jakých?

Další údaje

Operace	ANO <input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/>	Pokud ANO, kdy, kde a popis zákroku?		
Hospitalizace	ANO <input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/>	Pokud ANO, kde?	Od	Do
Pracovní neschopnost v důsledku úrazu	Od: Do:	Pokud nebyla vystavena pracovní neschopnost, uveďte důvod:		
Došlo v průběhu léčení k souběhu léčby jiného úrazu či nemoci?	ANO <input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/>	Pokud ANO, jakému?		
Došlo k úrazu pod vlivem alkoholu nebo jiných návykových látek?	ANO <input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/>	Pokud ANO, uveďte příznaky požití.	Zjištěno	% alkoholu

Rehabilitace

Prováděna z důvodu:	Kde (adresa):	Způsob:		
Doba RHB: Od: Do:	Pravidelná RHB? ANO <input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/>	Frekvence (kolikrát týdně):	Datum ustálení stavu v průběhu RHB:	

Trvalé následky

Předpokládáte, že úraz zanechá trvalé následky?	ANO <input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/>	Pokud ANO, jakého pravděpodobného druhu?
---	--	--

Předchorobí

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

Jiné sdělení lékaře

Potvrzuji, že údaje v lékařské zprávě se týkají pojištěného uvedeného na přední straně tiskopisu.

Kód lékaře přidělený pojišťovnou (pokud je Vám znám):	IČO (pokud existuje):
V	Dne

.....
Razítko a podpis lékaře