

Oznámení pojistné události – Úraz dítěte do 18 let

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. Vlastníte-li více pojistných smluv, jimiž jste u Komerční pojišťovny, a. s., pojištěn/a pro případ úrazu, vyplňte pouze jedno Oznámení úrazu, ve kterém uveďte čísla všech pojistných smluv.
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 nebo se obračete na svého poradce.
5. 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.
6. Oznámení zašlete doporučeně na adresu: **Komerční pojišťovna, a. s., Palackého 53, 586 01 Jihlava**

| ÚDAJE O POJIŠTĚNÉM / ZRANĚNÉM DÍTĚTI | | | |
|--|---------------------|--------------------------|--|
| Název pojištění: | | | |
| Číslo pojistné smlouvy: | | | |
| Příjmení a jméno: | | | |
| Místo narození: | Státní občanství: | Rodné číslo:* | |
| Stát narození: | | Pohlaví: | <input type="checkbox"/> Muž <input type="checkbox"/> Žena |
| Adresa trvalého bydliště včetně státu: | | | |
| ÚDAJE O ZÁKONNÉM ZÁSTUPCI | | | |
| Příjmení a jméno: | | Rodné číslo:* | |
| Místo narození: | Státní občanství: | Pohlaví: | <input type="checkbox"/> Muž <input type="checkbox"/> Žena |
| Stát narození | | | |
| Adresa trvalého bydliště včetně státu: | | | |
| Korespondenční adresa (liší-li se od adresy trvalého bydliště): | | | |
| Číslo průkazu totožnosti: | | Druh průkazu totožnosti: | <input type="checkbox"/> Pas <input type="checkbox"/> Jiný |
| Orgán, který průkaz totožnosti vydal: | | E-mail: | |
| Platnost průkazu od | _ _ / _ _ / _ _ _ _ | do | _ _ / _ _ / _ _ _ _ |
| | | Telefon: | |
| ÚDAJE O ÚRAZU | | | |
| Datum úrazu: | Čas: | Místo úrazu: | |
| Podrobný popis průběhu a okolností úrazu: | | | |

Číslo pojistné smlouvy



| | | | |
|--|--|---------------------------------|---|
| Trvala doba léčení Vašeho úrazu 4 týdny nebo méně? 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. | | <input type="checkbox"/> Ano | <input type="checkbox"/> Ne |
| 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, ve 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. ***) není-li v kolonce místo na odpověď, uveďte prosím údaje do přílohy | | | |
| Pojištění trvalých následků úrazu | <input type="checkbox"/> Ano <input type="checkbox"/> Ne | Pojišťovna (název) | Pojistná částka v Kč *** |
| 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 sjednání *** |

Číslo pojistné smlouvy

ÚDAJE PRO VÝPLATU POJISTNÉHO PLNĚNÍ**

Žádám o výplatu pojistného plnění z výše uvedené pojistné smlouvy. Pojistné plnění poukažte:

- převodem na existující smlouvu (uvedte číslo smlouvy):
- na běžný účet (pojistné plnění nelze převádět na termínovaný nebo spořicí účet), účet musí být veden na území České republiky:
Číslo účtu / kód banky:
Jedná se o účet, jehož jste oprávněným vlastníkem? Pokud ne, uveďte prosím vlastníka účtu a vztah Ano Ne
pojistěného / zákonného zástupce k němu:
- na adresu (uvedte jméno, příjmení, ulice, číslo orientační a popisné, PSČ, obec), adresa musí být na území ČR:
Jedná-li se o jinou než trvalou či korespondenční adresu, uveďte prosím důvod zaslání právě na tuto adresu:

PROHLÁŠENÍ A ZMOCNĚNÍ

Prohlašuji, že jsem byl seznámen/a s definicí politicky exponované osoby ve smyslu zákona č. 253/2008 Sb., a že
 jsem *** nejsem

a pojištěné dítě je *** není
politicky exponovanou osobou nebo jejich osobou blízkou.

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 pojišťovny. Souhlasím s tím, aby si pojišťovna vyžádala o mém léčení a zdravotním stavu veškerou potřebnou dokumentaci. V souladu se zněním zákona č. 101/2000 Sb., o ochraně osobních údajů, v platném znění (dále jen zákon), uděluji pojistiteli jako správci souhlas se zpracováním osobních a citlivých údajů o mé osobě, které jsou uvedeny v pojistné smlouvě, či které správce získal v souvislosti s plněním práv a povinností obsažených ve smlouvě. Dále souhlasím s předáváním mých osobních údajů do jiných států v rámci zajišťovací činnosti. Tento souhlas uděluji na celou dobu existence vzájemných závazků vyplývajících nebo souvisejících s pojistnou smlouvou. Prohlašuji, že osobní údaje poskytnuté ke zpracování jsou pravdivé a přesné. Jakoukoliv jejich změnu se zavazuji sdělit pojistiteli bez zbytečného odkladu.

Datum

Podpis pojištěného / zákonného zástupce

Totožnost žadatele byla ověřena dle občanského průkazu resp. cestovního pasu.

Jméno a příjmení zástupce pojišťovny

Podpis zástupce pojišťovny

Název společnosti

Kód prodejce

Číslo registrace ČNB

Telefon

* 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)

*** pokud je vaše odpověď kladná, zašlete nám také vyplněný dokument **Čestné prohlášení politicky exponovaná osoba** za vaši osobu a/nebo za pojištěné dítě

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 Oznamení, 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? 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? | | | <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 |

Číslo pojistné smlouvy



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