

Oznámení pojistné události – Úraz dítěte do 18 let

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 POJIŠTĚM DÍTĚTI

Příjmení a jméno:	Rodné číslo (není-li, uveďte datum narození) ¹⁾ :		
Místo narození:	Pohlaví:	☐ Muž	☐ Žena
Stát narození:	Státní občanství:		
Adresa trvalého nebo jiného pobytu včetně státu:		Forma pobytu:	☐ Trvalý ☐ Jiný
Politická expozice 2): ☐ ano ☐ ne			

ÚDAJE O ZÁKONNÉM ZÁSTUPCI

Příjmení a jméno:	Rodné číslo (není-li, uveďte datum narození) ¹⁾ :		
Místo narození:	Pohlaví:	☐ Muž	☐ Žena
Stát narození:	Státní občanství:		
Adresa trvalého nebo jiného pobytu včetně státu:		Forma pobytu:	☐ Trvalý ☐ Jiný
Korespondenční adresa (bydliště, liší-li se od adresy trvalého nebo jiného pobytu):			
E-mail:	Telefon:		
Preferovaný způsob komunikace:	☐ e-mail ☐ pošta		
Číslo průkazu totožnosti:	Druh průkazu totožnosti: ☐ OP ☐ Jiný 3) (uveďte)		
Orgán, který průkaz totožnosti vydal:	Platnost průkazu od ____/____/____ do ____/____/____		
Politická expozice 2): ☐ ano ☐ ne			

ÚDAJE O ÚRAZU

Datum úrazu:	Čas:	Místo úrazu:
--------------	------	--------------

Podrobný popis průběhu a okolností úrazu:

Trvala doba léčení Vašeho úrazu 4 týdny nebo méně?		☐ Ano	☐ Ne
Pokud ANO, není nutné předat „Zpráva ošetřujícího lékaře“ k vyplnění ošetřujícímu lékaři. Příložte pouze fotokopie lékařských zpráv o léčbě úrazu. Pokud NE, je nutné předat „Zpráva ošetřujícího lékaře“ k vyplnění ošetřujícímu lékaři zraněného.			
Zraněný je:		☐ Pravák	☐ Levák
Poraněná část těla (u končetin a párových orgánů uveďte poraněnou stranu):		☐ Pravá	☐ Levá
Byla postižena již před úrazem:		☐ Ano	☐ Ne
Adresa zdravotnického zařízení:			
a) které poskytlo první ošetření úrazu	Kdy: ____/____/____		
b) ve kterém byl úraz léčen	Kdy: ____/____/____		
Došlo k úrazu při výkonu povolání?		☐ Ano	☐ Ne
Jste registrovaný sportovec v rámci sportovní registrace?		☐ Ano	☐ Ne
Datum registrace: ____/____/____			
Pokud ano, v kterém sportu / v jaké soutěži?			
Pokud jste registrovaný sportovec, provozujete registrovaný sport aktivně?		☐ Ano	☐ Ne
Došlo k úrazu při sportu nebo tělovýchovné činnosti?		☐ Ano	☐ 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	☐ Ano ☐ Ne	Pojišťovna (název)	Pojistná částka v Kč ⁴⁾
Pojištění denního odškodného úrazu, nebo poškození úrazem/následků úrazu	☐ Ano ☐ Ne	Pojišťovna (název)	Denní dávka/Pojistná částka v Kč rok sjednání ⁴⁾

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

☐ propouštěcí zpráva	☐ zdravotnická dokumentace
☐ operační protokol	☐ výsledek RTG/CT/MRI vyšetření
☐ usnesení policie	☐ záznam policie nebo jiného orgánu o dopravní nehodě
☐ 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 pojišťovny.

Souhlasím, abyste si sami (nebo prostřednictvím vámi pověřeného lékaře) získávali údaje o zdravotním stavu pojištěného dítěte, včetně jakékoliv zdravotnické dokumentace od jeho lékaře, zdravotní pojišťovny, jakéhokoliv orgánu veřejné moci či jiných pojišťovatelů, u kterých má pojištěné dítě podle dostupných informací sjednáno jiné životní či úrazové pojištění. Pojištěné dítě nás tímto zmocňuje (resp. Vy jako jeho zákonný zástupce nás jeho jménem zmocňujete), abychom si od těchto osob a orgánů zjišťovali informace o jeho zdravotním stavu, nahlíželi do jeho zdravotnické dokumentace a jiných záznamů o jeho zdravotním stavu, požadovali z nich výpisy či opisy, a to i po jeho smrti. Pro účely tohoto zmocnění a v jeho rozsahu pojištěné dítě zprošťuje (resp. Vy jako jeho zákonný zástupce jeho jménem zprošťujete) 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.

Poskytnu souhlas k zaslání sdělení týkajícího 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 nezabezpečený komunikační kanál a odpovědnost za zaslání osobní údaje přebírá pojišťovna až jejich přijetím na jeho poštovní server.

 Dále **souhlasím** s aktualizací osobních údajů (zejména e-mailové adresy, telefonního kontaktu, korespondenční nebo trvalé adresy), které o mně nebo pojištěných osobách pojišťovna 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) vyplní se datum narození, nebylo-li rodné číslo v ČR přiděleno
- 2) pokud jste politicky exponovanou osobou, je nutné doložit formulář „Čestné prohlášení o PEP“
- 3) uveďte Povolení k pobytu, pas, Řidičský průkaz, atp.
- 4) totožnost pojišťovny/ 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):	
☐ Ano ☐ 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?

☐ Ano ☐ Ne

Pokud ano, uveďte jak a v jakém rozsahu:

Došlo k úrazu následkem požití alkoholu nebo návykových látek?

☐ Ano ☐ 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?

☐ Ano ☐ Ne

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