

Oznámení pojistné události – Úraz s trvalými následky 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 servisu 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.
6. **Formulář pro lékařskou zprávu** předejte svému ošetřujícímu (odbornému) lékaři k vyplnění trvalých následků úrazu a vyplněný formulář spolu s fotokopii zdravotní dokumentace, včetně popisů RTG snímků týkajících se Vašeho úrazu, zašlete na adresu: **Komerční pojišťovna, a.s., Palackého 53, 586 01 Jihlava**
7. K případné lékařské prohlídce k posouzení trvalých následků úrazu Vás vyzveme doporučeným dopisem s uvedením pokynů, jak postupovat.

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

Kdy se úraz stal?

Kde se úraz stal? (např. doma, v tělocvičně)

Podrobný popis průběhu a okolností úrazu:

Popis poranění:

První lékařské ošetření bylo poskytnuto dne:

Ve zdravotnickém zařízení (město), případně jméno lékaře:

Kde probíhalo další léčení? (uveďte zdravotnické zařízení, případně jméno lékaře)

Zraněný je:

☐ Pravák ☐ Levák

Poraněná část těla (u končetin a párových orgánů uveďte poraněnou stranu):

☐ Pravá ☐ Levá

Byla postižena již před úrazem:

☐ 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 POJIŠŤOVENMá pojištěný uzavřenou pojistnou smlouvu pro stejné pojistné nebezpečí u jiné pojišťovny? ☐ ano ☐ ne

Pokud ano, uveďte název pojišťovny, pojistnou částku a zda uplatňujete nárok na plnění z důvodu stejné události z tohoto pojištění.

PŘILOŽENÉ DOKUMENTY☐ kopie lékařské zprávy z prvního ošetření☐ zdravotnická dokumentace☐ operační protokol☐ výsledek RTG/CT/MRI vyšetření☐ propouštěcí zpráva☐ záznam policie nebo jiného orgánu o dopravní nehodě☐ jiné

ÚDAJE PRO VÝPLATU POJISTNÉHO PLNĚNÍ

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

☐ převodem na existující pojistnou smlouvu (uvedte 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.

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.

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

Poskytuji 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 pojišťovitel 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 pojišťovitel 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 pojištníka/ pojištěného/ zákonného zástupce / opatrovníka / zákonného zástupce na základě zmocnění byla před podpisem žádosti ověřena dle průkazu totožnosti

LÉKAŘSKÁ ZPRÁVA

Zprávu vyplňuje lékař

- prosíme o **čitelné** vyplnění všech údajů.
 - pokud na některé níže uvedené dotazy odpovídáte ano nebo ne, označte platnou odpověď křížkem
- Náklady spojené s vyplněním Zprávy lékaře pojistitel nehradí (podle zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách, jde o zdravotní výkon, který nesleduje léčebný účel a je proveden na Vaši žádost).

ÚDAJE O PACIENTOVI

Příjmení a jméno:

Rodné číslo: |_|_|_|_|_|_| / |_|_|_|_|_|

ÚDAJE K ÚRAZU A TRVALÝM NÁSLEDKŮM

Jaké trvalé následky úraz ze dne |_|_|_|/|_|_|_|/|_|_|_|_| zanechal?

 Nastaly zjištěné změny výlučně úrazem?: ☐ Ano ☐ Ne

1. Popis objektivních příznaků a přesný popis poruchy funkcí, těch částí lidského organismu, které byly úrazem postiženy.

a) Omezení hybnosti kloubu – který byl postižen?

Vyjádřete, prosím, omezení ve stupních a vyplňte i pro zdravý párový kloub (vyplní odborný lékař – ortoped, chirurg, rehabilitační lékař).

flexe	L	P	extenze	L	P
zevní rotace	L	P	vnitřní rotace	L	P
abdukce	L	P	addukce	L	P
pronace	L	P	supinace	L	P

Při poranění kloubů prstů ruky uveďte nedovření prstů do dlaně v cm; popřípadě nemožnost jejich natažení:

Viklavost kloubu:

b) Jizvy - uveďte jejich přesnou lokaci, délku či plochu, tvar a charakter: ☐ normální ☐ hypertrofická ☐ keloidní

V případě plošných jizev uveďte současně: váha poraněného: |_|_|_| kg výška: |_|_|_| cm

c) Ostatní trvalé následky

2. Mají vliv na celkový rozsah trvalých následků choroby s úrazem nesouvisející? Když ano, tak jaké? (např. diabetes mellitus, hemat. onemocnění apod.)

3. Byla poraněná končetina nebo orgán již před úrazem postižen/a? Pokud ano, uveďte kdy a v jakém rozsahu?

4. Je skončeno léčení úrazu a je současný zdravotní stav ustálen? Když ne, tak popište rozsah.

5. Ostatní zdravotní sdělení ošetřujícího lékaře.

6. Dále Vás žádáme o spolupráci při zapůjčení RTG snímků pro potřeby posouzení trvalých následků odborným lékařem Komerční pojišťovny, a. s. Poskytněte prosíme, klientovi fotokopie posledních lékařských odborných nálezů, aby nám je mohl odeslat s tímto formulářem.

ÚDAJE O LÉKAŘI

Datum vystavení: | | | | / | | | | / | | | | |

Razítko nemocnice / lékaře

Podpis lékaře