KB Pojišťovna

Číslo pojistné události

ZTÍŽENÍ SPOLEČENSKÉHO UPLATNĚNÍ

1. Formulář prosím vyplňte v souladu s § 2958 zákona č. 89/2012 Sb., občanský zákoník a aktuální metodikou Nejvyššího soudu k tomuto ustanovení.
2. Formulář musí obsahovat informace od ošetřujícího lékaře, který se účastnil léčení Poškozeného.
3. Za vyplnění formuláře lékařem – Ztížení společenského uplatnění, uhraďte 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).
4. Vyplněný formulář spolu s dalšími dokumenty zašlete elektronicky na e-mail likvidace@komercpoj.cz nebo poštou na korespondenční adresu: Komerční pojišťovna, a.s., Palackého 53, 586 01 Jihlava.
5. V případě jakýchkoli nejasností při vyplňování formuláře nás můžete kontaktovat na informační lince Kontaktního centra 955 527 777 nebo se můžete obrátit na svého poradce.

ÚDAJE O POŠKOZENÉM

Příjmení a jméno, titul:

Rodné číslo / Datum narození: |__|__|__|__|__|__|/|__|__|__|__|

Adresa trvalého nebo jiného pobytu, včetně státu:

Korespondenční adresa (bydliště, liší-li se od adresy trvalého nebo jiného pobytu):

Telefon: E-mail:

Preferovaný způsob komunikace: ☐ E-mail ☐ Pošta

DALŠÍ ÚDAJE

Újma na zdraví ze dne |__|__|/|__|__|/|__|__|__|__|

Zdravotní stav ustálen? ☐ ANO ☐ NE Pokud ano, uveďte od kdy |__|__|/|__|__|/|__|__|__|__|

Léčení skončilo dne |__|__|/|__|__|/|__|__|__|__|

TRVALÉ NÁSLEDKY SOUVISEJÍCÍ S ÚJMOU NA ZDRAVÍ

Popis vzniku újmy na zdraví:

Preexistence újmy na zdraví a jiné skutečnosti mající vliv na újmu na zdraví:

Co můžete pro doplnění nebo objasnění uvést o ZSU (omezen v dosavadní činnosti a ostatním životě):

Komerční pojišťovna, a.s., se sídlem: Praha 5, nám. Junkových 2772/1, PSČ 155 00, IČO: 63998017
Zapsaná v obchodním rejstříku vedeném Městským soudem v Praze, oddíl B, vložka 3362

KB Pojišťovna

Číslo pojistné události

Popis jednotlivých zranění (české názvy)	Kód	Počet bodů
Celkový počet bodů		

Vedla škoda ke zvlášť těžkým následkům? ☐ ANO ☐ NE

Ztížení společenského uplatnění zvýšeno o …… % (nejvýše o 50 %)

ZPRACOVÁNÍ OSOBNÍCH ÚDAJŮ

Zpracování osobních údajů poškozeného na základě plnění zákonné povinnosti.

Poškozený souhlasí, že jím sdělené údaje ošetřujícímu lékaři uvedl/a úplně a pravdivě. Poškozený si je vědom/a, že neúplné a nesprávné odpovědi mohou mít vliv na plnění pojišťovny.

Poškozený uděluje souhlas, aby Komerční pojišťovna, a.s., IČO: 639 98 017, se sídlem náměstí Junkových 2772/1, Stodůlky, 155 00 Praha 5, zapsaná v obchodním rejstříku vedeném Městským soudem v Praze pod sp. zn. B 3362 (dále jen „Komerční pojišťovna“) a další jí určené osoby uvedené v Informačním memorandu o nakládání s osobními údaji (dále jen „Informační memorandum“) zpracovávaly moje osobní údaje za účelem šetření a likvidace pojistné události. Dále prohlašuje, že mu byly poskytnuty informace, že svůj souhlas může kdykoliv bezplatně odvolat, a to písemně zasláním odvolání na adresu Komerční pojišťovny či e-mailem na adresu dpc@komercpoj.cz.

Současně potvrzuje, že mu byly poskytnuty a jsou mu známy informace týkající se zpracování osobních údajů Komerční pojišťovnou a souvisejících práv a povinností obsažené v Informačním memorandu a skutečnost, že aktuální verzi tohoto Informačního memoranda lze nalézt na internetových stránkách http://www.kbpojistovna.cz/informacni-memorandum.

Bere na vědomí, že Komerční pojišťovna si vyhrazuje právo na možnost vyžádání si dalších dokumentů nezbytných pro vyřízení pojistného nároku.

ÚDAJE O OŠETŘUJÍCÍM LÉKAŘI

Jméno a příjmení:

Telefon: E-mail:

Za vypracování této zprávy byla poškozenému vyúčtována částka ve výši |__|__|__|__| Kč, kterou uhradil.

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

Razítko nemocnice / lékaře: Podpis lékaře:

Komerční pojišťovna, a.s., se sídlem: Praha 5, nám. Junkových 2772/1, PSČ 155 00, IČO: 63998017
Zapsaná v obchodním rejstříku vedeném Městským soudem v Praze, oddíl B, vložka 3362