

Oznámení pojistné události (trvalé následky úrazu)

Vyplňte, prosím, první stranu tohoto formuláře ve všech bodech, o vyplnění Části III požádejte odborného lékaře (ortopéda, chirurga), který předmětný úraz léčil. V případě, že máte k dispozici lékařské zprávy o daném úrazu (např. popis RTG snímků, operační protokol, zprávu z hospitalizace apod.), prosím, přiložte tyto k vyplněnému formuláři a vše zašlete na níže uvedenou adresu. Vyplnění tohoto formuláře neznamená automaticky přiznání nároku na pojistné plnění.

ČÁST I VYPLNÍ POJIŠTĚNÝ

	Pojistník:	Pojištěný (není-li totožný s pojistníkem):
Jméno a příjmení, titul:		
Rodné číslo nebo datum narození:		
Adresa trvalého bydliště:		
	PSČ:	PSČ:
	telefonní číslo:	telefonní číslo:
Případné pojistné plnění požadují zaslat na: <i>Pokud výše plnění přesáhne 50.000,- Kč, je možné poukázat částku pouze na bankovní účet (vyžaduje se úředně ověřený podpis pojistníka/pojištěného na samostatném formuláři, zasílaném až po přiznání plnění). U nižších částek lze uvést adresu, na kterou má být plnění zasláno poštovní šekovou poukázkou.</i>	Účet číslo:	
	Adresu (je-li odlišná od adresy trvalého bydliště) :	
Pojistná smlouva číslo:		

Kdy a kde došlo k úrazu?	Datum / hodina:	místo:
Popište, prosím, podrobně a souvisle za jakých okolností k úrazu došlo a jakou činnost jste v době úrazu vykonával(a)?		
Jste registrovaný sportovec? <i>Pokud ano, prosím, uveďte pro který sport a v jaké soutěži:</i>	Ne <input type="checkbox"/>	Ano <input type="checkbox"/>
Vaše pracovní zařazení v době úrazu:		
Uveďte veškerá poranění, která jste utrpěl(a):		
Byla poraněná část těla postižena již před úrazem? <i>Pokud ano, uveďte podrobnosti:</i>	Ne <input type="checkbox"/>	Ano <input type="checkbox"/>
Adresa zdravotnického zařízení, kde byl úraz ošetřen poprvé:		
Vyšetřovala úraz policie? <i>Pokud ano, uveďte, prosím, adresu útvaru, číslo jednací, jméno vyšetřovatele:</i>	Ne <input type="checkbox"/>	Ano <input type="checkbox"/>
Žádal(a) jste v souvislosti s uvedeným úrazem o výplatu pojistného plnění u jiné pojišťovny? <i>Pokud ano, uveďte název pojišťovny a typ pojištění:</i>	Ne <input type="checkbox"/>	Ano <input type="checkbox"/>

ČÁST II PROHLÁŠENÍ POJIŠTĚNÉHO

Já, níže podepsaný(á), prohlašuji, že veškeré údaje a prohlášení uvedené v tomto formuláři či jinak mnou poskytnuté v souvislosti s tímto oznámením jsou pravdivé a byly učiněny a uvedeny dle mého nejlepšího vědomí a svědomí, a beru na vědomí, že pokud by tomu tak nebylo, je pojistitel oprávněn snížit nebo odmítnout pojistné plnění.

Souhlasím výslovně s tím a zmocňuji pojistitele k tomu, aby vyžadoval, získával, přebíral a zpracovával lékařské informace a zdravotnickou dokumentaci od kteréhokoliv lékaře (který mě ošetřoval v jakékoli záležitosti týkající se mého fyzického či duševního zdraví), a tímto tyto lékaře, v souvislosti se zjišťováním rozsahu plnění, zmocňuji a autorizuji k podávání takových informací a k zasílání zdravotnické dokumentace pojistiteli a zprošťuji je výslovně jejich povinnosti zachovávat mlčenlivost jinak jim uložené. V případě potřeby souhlasím s lékařským vyšetřením mé osoby v rozsahu stanoveném pojistitelem, které bude provedeno odborným zdravotnickým zařízením (lékařem) určeným pojistitelem. Rovněž souhlasím s tím, aby pojistitel vyžadoval a získával potřebné informace v jakékoli pojišťovně, se kterou bylo jednáno o uzavření smlouvy o životním pojištění a / nebo o pojištění mé osoby, a tímto tyto zmocňuji a autorizuji k podávání takových informací. Dále souhlasím s tím, aby pojistitel nahlížel do spisů orgánů státní správy a samosprávy týkajících se události, jež by mohly mít za následek vznik pojistné události.

Beru na vědomí, že mnou dobrovolně poskytnuté osobní údaje jsou nezbytné pro provedení likvidace oznámené pojistné události. Ve smyslu zákona č. 101/2000 Sb., o ochraně osobních údajů poskytnutí pojistiteli (správcí) výslovný souhlas se zpracováním osobních údajů obsažených v tomto formuláři nebo jinak poskytnutých v souvislosti s tímto oznámením, včetně citlivých údajů o zdravotním stavu, a to včetně jejich předávání zajistitelům do jiných států. Souhlas poskytnutí na celou dobu účinnosti a / nebo platnosti pojistného vztahu a dále na dobu, po kterou je pojistitel povinen údaje uchovávat podle zvláštního právního předpisu, a to vždy za účelem administrace pojistné smlouvy. Prohlašuji, že jsem byl(a) řádně informován(a) o zpracování svých osobních údajů, o svých právech a o povinnostech zpracovatelů údajů.

.....
Datum

.....
Podpis pojištěného

ČÁST III ZPRÁVA OŠETŘUJÍCÍHO LÉKAŘE (trvalé následky úrazu)**Případné výdaje spojené s vyplněním tohoto formuláře hradí pojištěný.**

Jméno a příjmení pojištěného(ho):	
Rodné číslo:	
Datum prvního ošetření po úrazu a adresa zdravotnického zařízení, které první ošetření poskytlo:	
Uveďte, prosím, slovní diagnózu všech tělesných poškození způsobených úrazem (lze-li, pak i kód diagnózy podle MKN-10):	
Co uvedl pojištěný(á) jako příčinu úrazu?	
Byl(a) pojištěný(á) v době úrazu pod vlivem alkoholu nebo jiných návykových látek? <i>Pokud ano, uveďte podrobnosti (koncentrace, tělní tekutina a druh NL):</i>	<input type="checkbox"/> Ne <input type="checkbox"/> Ano
Bylo příčinou úrazu úmyslné sebepoškození?	<input type="checkbox"/> Ne <input type="checkbox"/> Ano
Byla poraněná část těla postižena již před úrazem? <i>Pokud ano, uveďte podrobnosti:</i>	<input type="checkbox"/> Ne <input type="checkbox"/> Ano
Vyskytly se v době léčby úrazu nějaké komplikace nebo onemocnění, které měly souvislost s úrazem, respektive zhoršily jeho následky?	
Bylo tělesné poškození způsobeno infekčním onemocněním, respektive došlo k zánětlivým komplikacím v místě úrazu či následnému lékařskému zákroku?	
Má vliv na celkový rozsah poškození jakékoliv onemocnění, které s úrazem nesouvisí? <i>Pokud ano, prosím, uveďte o jaké onemocnění se jedná (např. DM, ...)</i>	
Popiště, prosím, přesný rozsah poruchy funkce orgánu či končetiny, které byly úrazem postiženy:	
V případě postižení kloubu horní končetiny, uveďte, prosím, zda se jedná o končetinu dominantní a uveďte přesný rozsah:	<input type="checkbox"/> flexe: <input type="checkbox"/> zevní rotace: <input type="checkbox"/> abdukce: <input type="checkbox"/> pronace: <input type="checkbox"/> extenze: <input type="checkbox"/> vnitřní rotce: <input type="checkbox"/> addukce: <input type="checkbox"/> supinace:
V případě, že úraz zanechal jizvy v obličejové části operacně neřešitelné, prosím, uveďte jejich přesný rozsah v cm a charakter (vzhled) jizvy:	
V případě ztráty zubu(ů) uveďte, prosím, počet a zda se jednalo o chrup trvalý:	
Přílože fotokopie posledních odborných nálezů, RTG popisu, popř. fotokopie dalších vyšetření, které pojištěný(á) absolvoval(a).	

.....
Datum.....
Razítko a podpis ošetřujícího lékaře