

Oznámení pojistné události (Následky úrazu - závažné zlomeniny)



Vyplňte, prosím, první stranu tohoto formuláře ve všech bodech, o vyplnění Části III požádejte ošetřujícího lékaře, který předmětný úraz léčil. V případě, že máte k dispozici lékařské zprávy o daném úrazu, potom není nutné formulář předkládat ošetřujícímu lékaři. V takovém případě postačí vyplnit první stranu formuláře, přiložit lékařské zprávy (např. popis RTG snímků, operační protokol, zprávu z hospitalizace apod.) a vše zaslat na níže uvedenou adresu. Vyplnění tohoto formuláře neznamená automaticky přiznání nároku na pojistné plnění.

ČÁST I VYPLNÍ POJIŠTĚNÝ (zákonný zástupce)

	Pojistník (zákonný zástupce):	Pojištěné dítě:
Jméno a příjmení, titul:		
Rodné číslo:		
Adresa trvalého bydliště:		
	PSČ:	PSČ:
	telefonní číslo:	
Případně 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, při jaké činnosti k úrazu došlo?		
Došlo k úrazu při aktivní účasti na závodech či soutěži? V případě, že ano, prosím, uveďte druh závodu/soutěže:		
Poraněná část těla:		
Adresa zdravotnického zařízení, kde byl úraz poprvé ošetřen a adresa zdravotnických zařízení, kde byl úraz dále léčen:		
Vyšetřovala úraz policie? <i>Pokud ano, uveďte, prosím, adresu útvaru, číslo jednací, jméno vyšetřovatele:</i>	Ne <input type="checkbox"/>	Ano <input type="checkbox"/>
Bylo žádáno 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), jako pojištěný / jako zákonný zástupce pojištěného dítěte, 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 pojištitel oprávněn snížit nebo odmítnout výplatu pojistného plnění.

Souhlasím výslovně s tím a zmocňuji pojištitel k tomu, aby vyžadoval, získával, přebíral a zpracovával lékařské informace a zdravotnickou dokumentaci od kteréhokoli lékaře (který mne / pojištěné dítě ošetřoval v jakékoli záležitosti týkající se mého / jeho 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 pojištiteli a zprošťuji je výslovně jejich povinnosti zachovávat mlčenlivost jinak jim uložené. V případě potřeby souhlasím s lékařským vyšetřením mé / jeho osoby v rozsahu stanoveném pojištitel, které bude provedeno odborným zdravotnickým zařízením (lékařem) určeným pojištitel. Rovněž souhlasím s tím, aby pojištitel vyžadoval a získával potřebné informace v jakékoli pojišťovně, se kterou bylo jednáno o uzavření smlouvy o životním pojištění a / nebo o pojištění mé / jeho osoby, a tímto tyto zmocňuji a autorizuji k podávání takových informací. Dále souhlasím s tím, aby pojištitel 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 poskytují pojištiteli (správci) 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 zajišťitelům do jiných států. Souhlas poskytují na celou dobu účinnosti a / nebo platnosti pojistného vztahu a dále na dobu, po kterou je pojištitel 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 (zákonného zástupce)

Část III Zpráva ošetřujícího lékaře (Následky úrazu - závažné zlomeniny)

Případné výdaje spojené s vyplněním tohoto formuláře hradí pojištěný.

Jméno a příjmení pojištěné(ho):	
Rodné číslo:	
Datum prvního ošetření úrazu a adresa zdravotnického zařízení, které ošetření poskytlo:	
Uveďte další zdravotnická zařízení, kde byl úraz léčen: "nejsou-li uvedena v Části I"	
Co uvedl pojištěný(á) jako příčinu úrazu?	
Odpovídají charakter a rozsah postižení příčině úrazu, kterou pojištěný(á) uvedl(a)?	
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
Uveďte, prosím, slovní diagnózu všech tělesných poškození způsobených úrazem (lze-li, pak i kód diagnózy podle MKN-10):	
Způsob léčení:	
Uveďte výčet všech vyšetření a přiložte, prosím, jejich kopie (RTG, UZ, CT, MRI apod):	
U zhmoždění uveďte, prosím, zda došlo k poruše funkce postižené části těla. <i>Pokud ano, uveďte podrobnosti:</i>	
U distorze uveďte, prosím, zda došlo k některému z uvedených poškození včetně délky jeho trvání:	<input type="checkbox"/> porušení kloubních vazů <input type="checkbox"/> otok <input type="checkbox"/> krvácení do tkání <input type="checkbox"/> porucha stability kloubu Doba trvání:
U zlomenin uveďte všechny charakteristiky zlomeniny:	<input type="checkbox"/> tříštivá <input type="checkbox"/> otevřená <input type="checkbox"/> dislokovaná <input type="checkbox"/> nitrokloubní <input type="checkbox"/> neúplná <input type="checkbox"/> kompresivní <input type="checkbox"/> únavová <input type="checkbox"/>
U rány uveďte typ rány a velikost:	<input type="checkbox"/> řezná <input type="checkbox"/> sečná <input type="checkbox"/> tržná <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> povrchová - nezasahuje do podkoží <input type="checkbox"/> hluboká - zasahuje do podkoží Velikost rány:
U popáleniny, poleptání a omrzliny uveďte stupeň poškození. Jedná-li se o postižení povrchu těla, také rozsah v %:	<input type="checkbox"/> stupeň I. <input type="checkbox"/> stupeň II.a <input type="checkbox"/> stupeň II.b <input type="checkbox"/> výška: <input type="checkbox"/> stupeň III. <input type="checkbox"/> stupeň IV. <input type="checkbox"/> rozsah v %: <input type="checkbox"/> váha:
Byla poraněná část těla před úrazem nějak postižena? <i>Pokud ano, uveďte podrobnosti:</i>	
Měl(a) pojištěný(á) před úrazem vadu či onemocnění, které mělo vliv na rozsah, léčení nebo následky úrazu (osteoporóza, nádor, cysta apod.)?	
Lze předpokládat, že úraz zanechá trvalé následky? <i>Pokud ano, popište podrobněji:</i>	<input type="checkbox"/> Ne <input type="checkbox"/> Ano

.....
Datum

.....
Razítko a podpis ošetřujícího lékaře