

Oznámení úrazu s trvalými následky – pojištěné dítě do 18 let

Pokyny pro vyplnění formuláře:

- Na tomto formuláři lze oznámit a uplatnit právo na pojistné plnění za **trvalé následky úrazu**, které lze **hodnotit nejdříve po jejich ustálení, nejpozději však ke 3 rokům od úrazu**. Vyplňte první dvě strany (část 1) tohoto formuláře **ve všech bodech**, poslední stranu předejte k vyplnění ošetřujícímu lékaři v době, **kdy bylo ukončeno celkové léčení úrazů a nastal-li ustálený stav tj. cca 2 roky po úrazu**.
- V případě, že ustálený stav nenastal, po 3 letech ode dne vzniku úrazu předejte část 2 Lékařská zpráva 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 doporučeně na adresu **Komerční pojišťovna, a. s., Palackého 53, 586 01 Jihlava**.
- Upozorňujeme Vás, že nárok na pojistné plnění se promlčuje uplynutím 4 let ode dne vzniku pojistné události.
- U políček s možností volby označte platnou odpověď křížkem.
- V případě jakýchkoli nejasností při vyplňování formuláře nás můžete kontaktovat na bezplatné informační lince Klientského servisu 800 10 66 10 nebo se obračete na svého poradce.
- K případné lékařské prohlídce k posouzení rozsahu trvalých následků závažného úrazu Vás vyzveme doporučeným dopisem a postupujte dle pokynů uvedených v tomto dopise.
- Plnění za trvalé následky stanovuje po lékařské prohlídce a prošetření pojistitel ve smyslu příslušných pojistných podmínek.

Část 1 – Oznámení úrazu s trvalými následky

POJISTNÁ SMLOUVA	
Název pojištění:	
Číslo pojistné smlouvy:	
POJIŠTĚNÁ OSOBA – pojištěné dítě do 18 let (osoba, které se stal úraz)	
Příjmení a jméno:	
Rodné číslo:*	
Místo narození:	Pohlaví: <input type="checkbox"/> Muž <input type="checkbox"/> Žena
Státní občanství:	Forma pobytu: <input type="checkbox"/> Trvalý <input type="checkbox"/> Jiný
Adresa trvalého bydliště:	<input type="checkbox"/> Jiný stát než ČR, jaký, PSČ
ÚDAJE O ZÁKONNÉM ZÁSTUPCI	
Příjmení a jméno, titul:	
Rodné číslo:*	
Místo narození:	Státní občanství: Pohlaví: <input type="checkbox"/> Muž <input type="checkbox"/> Žena
Stát narození:	
Adresa trvalého bydliště včetně státu:	
Korespondenční adresa (liší-li se od trvalého bydliště):	
Číslo průkazu totožnosti:	Druh průkazu totožnosti: <input type="checkbox"/> Pas <input type="checkbox"/> Jiný
Orgán, který průkaz totožnosti vydal:	Email:
Platnost průkazu od __ / __ / __ __ __	Telefon:
do __ / __ / __ __ __	

POPIS ÚRAZU		
Datum úrazu:	Čas:	Místo úrazu:
Podrobný popis průběhu a okolností úrazu:		
Popis poranění:		
První lékařské ošetření bylo poskytnuto dne: ____ . ____ . ____ ! Doložte kopii lékařské zprávy z prvního ošetření.		
Ve zdravotnickém zařízení (město), případně jméno lékaře:		
Kde probíhalo další léčení? (uvedte zdravotnické zařízení, případně jméno lékaře)		
! Doložte kopie lékařských zpráv z průběhu léčení a příp. kopie propouštěcích zpráv.		
Zraněný je:	<input type="checkbox"/> Pravák	<input type="checkbox"/> Levák
Poraněná část těla (u končetin a párových orgánů uveďte poraněnou stranu):	<input type="checkbox"/> Pravá	<input type="checkbox"/> Levá
Byla postižena již před úrazem:	<input type="checkbox"/> Ano	<input type="checkbox"/> Ne
Došlo k úrazu při sportu nebo při tělovýchovné činnosti?	<input type="checkbox"/> Ano	<input type="checkbox"/> 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 PRO VÝPLATU POJISTNÉHO PLNĚNÍ**		
Žádám o výplatu pojistného plnění z výše uvedené pojistné smlouvy. Pojistné plnění poukažte:		
<input type="checkbox"/>	na běžný účet (pojistné plnění nelze převádět na termínovaný nebo spořicí účet), účet musí být veden na území České republiky:	
	Číslo účtu/kód banky:	
	Jedná se o účet, jehož jste oprávněným vlastníkem? Pokud ne, uveďte prosím vlastníka účtu a vztah pojištěného / zákonného zástupce k němu:	<input type="checkbox"/> Ano <input type="checkbox"/> Ne
<input type="checkbox"/>	na adresu (uvedte jméno, příjmení, ulice, číslo orientační a popisné, PSČ, obec), adresa musí být na území ČR:	
	Jedná-li se o jinou než trvalou či korespondenční adresu, uveďte prosím důvod zaslání pojistného plnění právě na tuto adresu:	

PROHLÁŠENÍ A ZMOCNĚNÍ

Prohlašuji, že jsem byl seznámen/a s definicí politicky exponované osoby ve smyslu zákona č. 253/2008 Sb., a že:

- jsem*** politicky exponovanou osobou nebo jejich osobou blízkou
 nejsem politicky exponovanou osobou nebo jejich osobou blízkou

a pojištěné dítě

- je*** politicky exponovanou osobou nebo jejich osobou blízkou.
 není politicky exponovanou osobou nebo jejich osobou blízkou.

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.

Datum

Podpis pojištěného / zákonného zástupce

Totožnost žadatele byla ověřena dle občanského průkazu resp. cestovního pasu.

Jméno a příjmení zástupce pojišťovny

Podpis zástupce pojišťovny

Název společnosti

Kód prodejce

Číslo registrace ČNB

Telefon

* vyplní se datum narození, nebylo-li rodné číslo v ČR přiděleno

** **pojistné plnění lze vyplatit vždy pouze na jednu adresu nebo na jeden bankovní účet** (není možné plnění zasílat na více adres či účtů)

*** *pokud je vaše odpověď kladná, zašlete nám také vyplněný dokument **Čestné prohlášení politicky exponovaná osoba za Vaši osobu a/nebo za pojištěné dítě***

Část 2 – LÉKAŘSKÁ ZPRÁVA

Zprávu vyplňuje lékař.

Náklady spojené s vyplněním Zprávy lékaře (část 2) 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).

Lékař potvrzuje, že ošetřoval pojištěného, který je uveden na první straně tohoto Oznámení, a zjistil trvalé následky úrazu tohoto druhu a rozsahu:

Příjmení a jméno zraněného:	Datum narození: _ _ / _ _ / _ _ _ _				
1. Jaké trvalé následky úraz ze dne _ _ / _ _ / _ _ _ _ zanechal? Nastaly zjištěné změny výlučně úrazem? <input type="checkbox"/> Ano <input type="checkbox"/> Ne					
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: <input type="checkbox"/> normální <input type="checkbox"/> hypertrofická <input type="checkbox"/> 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.					
Místo a datum			Razítko a podpis lékaře, adresa zdrav. zařízení a telefon		