

## Oznámení úrazu s trvalými následky

### 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 (osoba, které se stal úraz)	
Příjmení a jméno, titul:	
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
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  __ _ / __ _ / __ _ _ _ _ _  do  __ _ / __ _ / __ _ _ _ _ _	Telefon:
Aktuální povolání:	
Povolání v době úrazu:	
Vztah k hlavnímu pojištěnému:	
POPIS ÚRAZU	
<b>Kdy se Vám úraz stal?</b>	<b>Kde se Vám úraz stal? (např. doma, v tělocvičně)</b>
Datum úrazu: Čas:	Místo:
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? (uveďte zdravotnické zařízení, případně jméno lékaře)

**! Doložte kopie lékařských zpráv z průběhu léčení a příp. kopie propouštěcích zpráv.**

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 výkonu povolání?  Ano  Ne

Jste registrovaný sportovec v rámci sportovní registrace?  Ano  Ne

Datum registrace: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Pokud ano, ve kterém sportu, v jaké soutěži?

Pokud jste registrovaný sportovec, provozujete registrovaný sport aktivně?  Ano  Ne

Došlo k úrazu při sportu nebo při 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 PRO VÝPLATU POJISTNÉHO PLNĚNÍ\*\*

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

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  Ano  Ne  
vlastníka účtu a vztah pojištěného / zákonného zástupce k němu:

na adresu (uveďte 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 jejích osobou blízkou.  
 nejsem politicky exponovanou osobou nebo jejích 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***

## 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.					
<b>a) Omezení hybnosti kloubu – který byl postižen?</b>					
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>b) Jizvy</b> - 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					
<b>c) Ostatní trvalé následky</b>					
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		