

Záznamy pojistitele

Oznámení pojistné události Denní odškodné z úrazového pojištění

Tento formulář nejprve vyplňte v částech 1 až 3. Pokud léčení úrazu trvalo déle než 30 dnů, požádejte svého ošetřujícího lékaře o vyplnění lékařské zprávy. Jestliže trvalo méně než 30 dnů, můžete lékařskou zprávu nahradit originálem nebo zástupcem pojistitele ověřenou kopií zprávy z prvního ošetření spolu s doložením veškerých zpráv z kontrolních návštěv. Poté formulář, včetně nezbytných příloh, jejichž seznam je uveden v bodě 3, pošlete na adresu ČSOB Pojišťovny uvedenou v záhlaví.

Část 1 Pojistná smlouva (čísla pojistných smluv pojištěného, ze kterých uplatňuje nárok na plnění)

č.	č.	č.
---------	---------	---------

Osobní údaje pojištěného

Jméno a příjmení		Rodné číslo	Zdravotní pojišťovna
Korespondenční adresa (název ulice, číslo popisné, obec)		PSČ	Telefon
E-mail	Stát místa narození, pokud je jiný než ČR	Stát trvalého pobytu, pokud je jiný než ČR	
Povolání / převažující druh výdělečné činnosti			

Osobní údaje zplnomocněné osoby (oznamovatele – je-li odlišný od pojištěného / zákonného zástupce nezletilého pojištěného)

Jméno a příjmení		Rodné číslo
Korespondenční adresa (název ulice, číslo popisné, obec)		Telefon
E-mail	Stát místa narození, pokud je jiný než ČR	Stát trvalého pobytu, pokud je jiný než ČR

Výplata pojistného plnění

<input type="checkbox"/>	Plnění poukážte na účet	Číslo účtu	Kód banky	Specifický symbol	Variabilní symbol
<input type="checkbox"/>	Plnění poukážte na adresu	<input type="checkbox"/> Adresa totožná s adresou pojištěného	<input type="checkbox"/> Adresa odlišná od adresy pojištěného (ulice, č.p., obec, PSČ)		

Část 2 Údaje o vzniku úrazu

Kdy a kde k úrazu došlo	Datum	Čas	Místo
Popis úrazového děje			
Poraněná část těla			
Byla poraněná část těla již před úrazem postižena?		NE <input type="checkbox"/>	ANO <input type="checkbox"/> Pokud ANO, napište jak a kdy.
Napište, zda je pojištěný		PRAVÁK <input type="checkbox"/>	LEVÁK <input type="checkbox"/>
Došlo k úrazu při sportu?		NE <input type="checkbox"/>	ANO <input type="checkbox"/>
Pokud ANO, jednalo se o organizovanou sportovní činnost?		NE <input type="checkbox"/>	ANO <input type="checkbox"/>
Pokud ANO, uveďte název a adresu pořádající organizace			
Došlo k úrazu při výkonu profesionálního sportu?		NE <input type="checkbox"/>	ANO <input type="checkbox"/> Druh sportu
Jaké sporty provozoval pojištěný do doby úrazu a v jakých soutěžích?			

CSOBPO6J0000000



Došlo k úrazu při výkonu povolání?	NE <input type="checkbox"/>	ANO <input type="checkbox"/>	Pokud ANO, doložte záznam o pracovním úrazu.
Došlo k úrazu pod vlivem alkoholu či omamné nebo psychotropní látky?	NE <input type="checkbox"/>	ANO <input type="checkbox"/>	
Vyšetřovala úraz policie?	NE <input type="checkbox"/>	ANO <input type="checkbox"/>	Pokud ano, doložte konečné usnesení.
Svědci přítomní úrazu: Jméno a příjmení	Adresa		Telefon
Jméno a adresa lékaře nebo zařízení, které poskytlo prvotní ošetření			Datum prvního ošetření
Kde probíhalo další léčení úrazu	Jméno a adresa praktického lékaře		

Potvrzení pracovní neschopnosti Potvrzení mzdové účtárny nebo Okresní správy sociálního zabezpečení

Délka pracovní neschopnosti pro uvedený úraz	Od	Do	Dne
Byl pojištěný v době úrazu plátcem nemocenského pojištění?	ANO <input type="checkbox"/>	NE <input type="checkbox"/>	
Čerpal pojištěný pro uvedenou délku pracovní neschopnosti dávky nemocenské?	ANO <input type="checkbox"/>	NE <input type="checkbox"/> Razítko a podpis mzdové účtárny nebo OSSZ

Část 3

Seznam dokladů nezbytných k posouzení nároku na plnění z pojištění

Přílohu ANO	NE	Název dokladu
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Originál nebo ověřená kopie lékařské zprávy z prvního ošetření. Pokud léčení úrazu trvalo méně než 30 dnů a není vyplněna Lékařská zpráva (3. a 4. strana tohoto formuláře), je třeba předložit i ověřené kopie všech zpráv z kontrolních návštěv lékaře.
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ověřená kopie propouštěcí zprávy, probíhalo-li léčení v nemocnici.
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Kopie konečného usnesení policie, pokud byl úrazový děj vyšetřován policií (dopravní nehody, trestné činy)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Kopie záznamu o pracovním úrazu, pokud se jednalo o pracovní úraz
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Plná moc v případě, že za pojištěného uplatňuje nárok na pojistné plnění 3. osoba

Ověřenou kopií se rozumí ověření s originálem pojišťovacím zprostředkovatelem nebo zaměstnancem finanční skupiny ČSOB, nebo notářem. O ověření učiní dotčená osoba záznam na kopii dokumentu.

Uplatňuje pojištěný za stejný úraz současně i nárok na plnění z pojištění Hospitalizace (je-li sjednáno v pojistné smlouvě).	NE <input type="checkbox"/>	ANO <input type="checkbox"/>	Pokud ANO, přiložte propouštěcí zprávu.
Uplatnil pojištěný nárok na pojistné plnění za stejný úraz i u jiného pojistitele?	NE <input type="checkbox"/>	ANO <input type="checkbox"/>	Pokud ANO, uveďte název pojistitele.

Prohlášení

Pojištěného:
 Prohlašuji, že všechny mé odpovědi na písemně položené dotazy pojistitele uvedené v tomto tiskopisu jsou pravdivé a úplné a jsem si vědom důsledků nepravdivých odpovědí na povinnost pojistitele plnit. V souladu se zákonem č. 101/2000 Sb., o ochraně osobních údajů (dále jen „zákon“), souhlasím, aby mé osobní údaje, včetně údajů o mém zdravotním stavu, byly pojistitelem zpracovávány v rámci činnosti v pojišťovnictví a činnosti související s pojišťovací činností podle zákona č. 277/2009 Sb., o pojišťovnictví, a to po dobu nezbytně nutnou k zajištění práv a povinností plynoucích ze závazkového vztahu. Ve smyslu zákona č. 133/2000 Sb., o evidenci obyvatel a o rodných číslech, souhlasím s tím, aby ve stejném rozsahu, za stejným účelem a po stejnou dobu jako ostatní osobní údaje bylo využíváno rodné číslo, jehož jsem nositelem. Prohlašuji, že jsem byl v souladu se zákonem řádně informován o zpracování mých osobních údajů, svých právech a povinnostech zpracovatelů údajů. Veškeré poskytnuté údaje bude zpracovávat pojistitel nebo zpracovatel registrovaný v souladu s § 16 zákona Úřadem pro ochranu osobních údajů. Dále zmocňuji pojistitele, aby si pro potřebu šetření pojistné události vyžadoval veškeré informace a potřebnou zdravotní dokumentaci o mém zdravotním stavu a zavazuji se tuto zdravotní dokumentaci v případě potřeby pro pojistitele zajistit. Zároveň žádám a opravňuji tímto všechny dotazované ošetřující lékaře o uvedení přesné diagnózy. Na důkaz svého souhlasu s výše uvedením zmocněním připojuji k tomuto prohlášení svůj podpis. Tímto zároveň lékaře, ústavy a zdravotnická zařízení, které pojistitel o uvedené informace požádá, zprošťuji od povinnosti zachovávat mlčenlivost.

Oznamovatele nebo zplnomocněné osoby:
 Prohlašuji, že všechny mé odpovědi na písemně položené dotazy pojistitele uvedené v tomto tiskopise jsou pravdivé a úplné. V souladu se zákonem č. 101/2000 Sb., výslovně souhlasím, aby mé osobní údaje byly pojistitelem zpracovány v rámci činnosti v pojišťovnictví a činnosti související s pojišťovací činností podle zákona č. 277/2009 Sb., a to po dobu nezbytně nutnou k zajištění všech práv a povinností plynoucích ze závazkového vztahu. Ve smyslu zákona č. 133/2000 Sb., o evidenci obyvatel a o rodných číslech, souhlasím s tím, aby ve stejném rozsahu, za stejným účelem a po stejnou dobu jako ostatní osobní údaje bylo využíváno rodné číslo, jehož jsem nositelem. Prohlašuji, že jsem byl v souladu se zákonem řádně informován o zpracování mých osobních údajů, o svých právech a o povinnostech zpracovatelů údajů. Veškeré poskytnuté údaje bude zpracovávat pojistitel nebo zpracovatel registrovaný v souladu s ust. § 16 zákona Úřadem pro ochranu osobních údajů. Na důkaz svého souhlasu s výše uvedením připojuji k tomuto prohlášení svůj podpis.
 Zplnomocněná osoba zároveň prohlašuje, že v souladu s plnou mocí, kterou jí pojištěný udělil, je oprávněna jeho jménem žádat ošetřující lékaře o poskytnutí údajů o jeho zdravotním stavu a léčení včetně potřebné zdravotní dokumentace. Zároveň přikládá originál či ověřenou kopii udělené plné moci.

V dne

.....
 Podpis pojištěného

.....
 Podpis oznamovatele, zplnomocněné osoby
 (předkládá-li tiskopis)

Záznamy pojistitele

Lékařská zpráva

Denní odškodné z úrazového pojištění

Lékařskou zprávu je nezbytné vyplnit v případě, že léčení úrazu trvalo déle než 30 dnů. V opčném případě je možné ji nahradit zprávou z prvotního ošetření a zprávami ze všech kontrolních návštěv.

Poskytnutí údajů je v souladu se souhlasem pojištěného uvedeným v prohlášení na pojistné smlouvě. Zpráva je požadována za účelem šetření nutného ke zjištění rozsahu povinnosti pojistitele plnit, resp. za účelem objektivizace rozsahu nároků vyplývajících ze smluvního vztahu uzavřeného s pojištěným.

Údaje o pojištěném a jeho poranění

Jméno a příjmení			Rodné číslo
Kdy došlo k úrazu? Dne:	Kdy k prvnímu lékařskému ošetření? Dne:	Co je uvedeno jako příčina úrazu ve zdravotní dokumentaci?	Pojištěný je pravák <input type="checkbox"/> levák <input type="checkbox"/>
Podrobný popis všech tělesných poškození způsobených úrazem s uvedením známek poranění zjištěných při prvním ošetření:			
Diagnóza tělesného poškození způsobeného úrazem s uvedením stupně a rozsahu:			
RTG – kdy, kde a popis:			
Průběh a způsob léčení (včetně druhu a doby fixace a případně komplikace léčby):			
Data převazů a návštěv související se skutečnou dobou léčení úrazu:			
Fixace od:		Fixace do:	

Došlo k prodloužení léčení v důsledku komplikací? Jakých?

Další údaje

Operace	ANO <input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/>	Pokud ANO, kdy, kde a popis zákroku?		
Hospitalizace	ANO <input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/>	Pokud ANO, kde?	Od	Do
Pracovní neschopnost v důsledku úrazu	Od: Do:	Pokud nebyla vystavena pracovní neschopnost, uveďte důvod:		
Došlo v průběhu léčení k souběhu léčby jiného úrazu či nemoci?	ANO <input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/>	Pokud ANO, jakému?		
Došlo k úrazu pod vlivem alkoholu nebo jiných návykových látek?	ANO <input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/>	Pokud ANO, uveďte příznaky požití.	Zjištěno	% alkoholu

Rehabilitace

Prováděna z důvodu:	Kde (adresa):	Způsob:		
Doba RHB: Od: Do:	Pravidelná RHB? ANO <input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/>	Frekvence (kolikrát týdně):	Datum ustálení stavu v průběhu RHB:	

Trvalé následky

Předpokládáte, že úraz zanechá trvalé následky?	ANO <input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/>	Pokud ANO, jakého pravděpodobného druhu?
---	--	--

Předchorobí

Byla funkce postižených orgánů omezena již před úrazem?	ANO <input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/>	Pokud ANO, v jakém rozsahu?
Trpěl pojištěný již před úrazem obtížemi nebo úrazy poraněné části těla?	ANO <input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/>	Pokud ANO, jakými?

Jiné sdělení lékaře

Potvrzuji, že údaje v lékařské zprávě se týkají pojištěného uvedeného na přední straně tiskopisu.

Kód lékaře přidělený pojišťovnou (pokud je Vám znám):

IČO (pokud existuje):

V _____ Dne _____ Razítko a podpis lékaře