

Kontaktní adresa pro oznámení pojistné události

## ČSOB Pojišťovna, a. s., člen holdingu ČSOB Masarykovo náměstí 1458 532 18 Pardubice

Bylo-li sjednáno úrazové pojištění trvalých následků nebo denního odškodného, vyplňte tuto stranu tiskopisu a dejte potvrdit údaje o pracovní neschopnosti Vaší mzdové účtárně nebo u osob samostatně výdělečně činných Okresní správě sociálního zabezpečení (nevyžaduje se u dětí, vojáků ZVS, žen na mateřské dovolené, důchodců).  
V případě, že byla v důsledku úrazu provedena operace, doložte současně kopii operačního nálezu. K urychlení průběhu likvidace pomůže také doložení jakékoliv lékařské zprávy týkající se předmětného úrazu.

### Pojistná událost

Vyplní pojistitel

### Pojistná smlouva (čísla všech pojistných smluv pojištěného)

Čísla všech pojistných smluv s úrazovým pojištěním

č.: \_\_\_\_\_ č.: \_\_\_\_\_ č.: \_\_\_\_\_

### Osobní údaje hlásitele (pokud je odlišný od pojištěného)

Příjmení a jméno, titul	Vztah k pojištěnému	Rodné číslo
Adresa trvalého bydliště (kontaktní adresa): Ulice a číslo popisné, obec	PSČ	Telefon domů/zaměstnání
Jméno a adresa zákonného zástupce (uvádějte vždy v případě nezletilého pojištěného) Ulice a číslo popisné, obec	Zbaven rodičovské odpovědnosti (viz Prohlášení) ANO <input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/>	PSČ Telefon domů/zaměstnání

### Osobní údaje pojištěného (poškozeného)

Příjmení a jméno, titul	Rodné číslo
Adresa pojištěného: Ulice a číslo popisné, obec	PSČ Telefon domů
Adresa zaměstnavatele k datu úrazu: Ulice a číslo popisné, obec	PSČ Povolání popř. druh podnikání

### Údaje o úrazu

Kdy došlo k úrazu?  Dne: _____ v _____ hod.	Uvedte podrobně, jak k úrazu došlo:	
Kde došlo k úrazu?		
Která část těla byla postižena?	Byla poraněná část těla již před úrazem postižena? ANO <input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/>	Jste: pravák <input type="checkbox"/> levák <input type="checkbox"/>
Došlo k úrazu při dopravní nehodě? ANO <input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/>	Pokud ano, kdo úraz zavinil?	Pokud ano, kdo případ vyšetřoval? (sdělte adresu a pokud vlastníte protokol policie, doložte)
Jména a adresy svědků:		
Došlo k úrazu při organizované sportovní činnosti? Pokud ano, při jaké?	Uvedte název a adresu pořádající organizace nebo tělovýchovné jednoty:	

Jaké sporty jste provozoval do doby úrazu a v jakých soutěžích?	Jste registrován u některé sportovní organizace? Pokud ano, u jaké?
Máte uzavřenou profesionální smlouvu o sportovní činnosti? ANO <input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/>	Pokud ano, v jakém sportu?
Jméno a adresa lékaře nebo zdravotnického zařízení, které poskytlo první ošetření:	Kdy?
Kde jste se dále léčil?	Jméno a adresa Vašeho praktického lékaře:

### Potvrzení pracovní neschopnosti

Délka pracovní neschopnosti pro uvedený úraz	Od	Do
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"/>

Potvrzení mzdové účtárny nebo Okresní správy sociálního zabezpečení

Dne:

.....  
Razítko a podpis mzdové účtárny nebo OSSZ

### Výplata pojistného plnění

<input type="checkbox"/> Plnění poukážete na účet u peněžního ústavu	Číslo účtu	Kód banky	Specifický symbol	Variabilní symbol
<input type="checkbox"/> nebo na adresu	Ulice a číslo popisné, obec			<input type="checkbox"/> adresa totožná s adresou pojistného

### Prohlášení

#### Pojistného nebo zákonného zástupce (je-li pojištěný nezletilý):

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 a o změně některých zákonů, ve znění pozdějších předpisů (dále jen „zákon“), souhlasím, aby mé osobní údaje, včetně údajů o mém zdravotním stavu, (resp. údaje týkající se nezletilého, jehož jsem zákonným zástupcem (dále jen „nezletilý“), včetně údajů o jeho zdravotním stavu) byly pojistitelem zpracovány v rámci činnosti v pojišťovnictví a činnosti související s pojišťovací činností podle zákona č. 363/1999 Sb., o pojišťovnictví a o změně některých souvisejících zákonů, ve znění pozdějších předpisů, 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 a o změně některých zákonů, ve znění pozdějších předpisů, 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 (resp. jehož nositelem je nezletilý). Prohlašuji, že jsem byl v souladu se zákonem řádně informován o zpracování mých osobních údajů (resp. údajů týkajících se nezletilého), o svých právech a o povinnostech zpracovatelů údajů. Souhlasím s předáváním mých osobních údajů (resp. údajů týkajících se nezletilého) do jiných států, a to ve smyslu §27 zákona. Veškeré poskytnuté údaje bude zpracovávat pojistitel nebo zpracovatel registrovaný v souladu s ust. § 16 zákona Úřadem pro ochranu osobních údajů. Pokud bylo pojistnou smlouvou sjednáno úrazové pojištění dětí, prohlašuji, že pojištěný jmenovitě uvedený v pojistné smlouvě není, ani k výše uvedenému datu vzniku úrazu nebyl, soudem zbaven rodičovské zodpovědnosti vůči nezletilému poškozenému. Dále zmocňuji pojistitele, aby si pro potřebu šetření pojistné události vyžadoval veškeré informace a potřebnou zdravotní dokumentaci o mém zdravotním stavu a léčení (resp. zdravotním stavu a léčení nezletilého) a zavazuji se tuto zdravotní dokumentaci pro pojistitele zajistit. Zároveň žádám a opravňuji tímto všechny dotazované ošetřující lékaře, ústavy a zdravotnická zařízení o uvedení přesné diagnózy choroby, či přesný popis operace. 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.

#### Dále prohlašuji, že:

- nejsem nebo v posledním roce jsem nebyl(a) politicky exponovanou osobou ve smyslu ustanovení § 4 odst. 5 zákona č. 253/2008 Sb., o některých opatřeních proti legalizaci výnosů z trestné činnosti a financování terorismu.
- jsem nebo v posledním roce jsem byl(a) politicky exponovanou osobou ve smyslu ustanovení § 4 odst. 5 zákona č. 253/2008 Sb., o některých opatřeních proti legalizaci výnosů z trestné činnosti a financování terorismu.

Politicky exponovaná osoba je nebo byla v postavení: .....

#### Hlásitele 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., o ochraně osobních údajů a o změně některých zákonů, ve znění pozdějších předpisů (dále jen „zákon“), výslovně souhlasím, aby mé osobní údaje byly pojistitelem zpracovány v rámci činnosti v pojišťovnictví a činnosti související s pojišťovací činností podle zákona č. 363/1999 Sb., o pojišťovnictví a o změně některých souvisejících zákonů, ve znění pozdějších předpisů, 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 a o změně některých zákonů, ve znění pozdějších předpisů, 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 (resp. jehož nositelem je nezletilý). Prohlašuji, že jsem byl v souladu se zákonem řádně informován o zpracování mých osobních údajů (resp. údajů týkajících se nezletilého), 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 pojistného  
(zákonného zástupce)

.....  
Podpis hlásitele nebo zplnomocněné osoby  
(předkládá-li tiskopis)

# Zpráva lékaře o úrazu

(vyplní lékař pouze v případě vzniku úrazového poškození)

Poskytnutí údajů je v souladu se souhlasem pojištěného (viz přední strana formuláře). Prosíme o důkladné a čitelné vyplnění všech položek.

## Údaje o úrazu

Příjmení a jméno pojištěného			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):			
Fixace od:	Fixace do:	Data převazů a návštěv související se skutečnou dobou léčení úrazu:	
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

Celková doba léčení pod dohledem lékaře:		Pracovní neschopnost v důsledku úrazu:		Pokud nebyla vystavena pracovní neschopnost, uveďte důvod:
Od	Do	Od	Do	
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 v důsledku požití 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

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

Forma proplacení honoráře za vyplnění tiskopisu:

- na základě vystavené faktury  
 placeno klientem  
 na základě smluvního vztahu s pojišťovnou

Pro správné umístění platby proveďte identifikaci čitelně.

Kód lékaře přidělený pojišťovnou (pokud je Vám znám):	IČ (pokud existuje):
V	Dne

.....  
Razítko a podpis lékaře