

Oznámení pojistné události Denní odškodné z úrazového pojištění

Záznamy pojistitele

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 (3. a 4. strana tohoto formuláře). Jestliže trvalo méně než 30 dnů, můžete Lékařskou zprávu nahradit zprávou 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 nebo elektronicky na **info@csobpoj.cz**.

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

č. 1310001111	č.	č.
----------------------	---------	---------

Osobní údaje pojištěného

Jméno a příjmení Karel Novák		Rodné číslo 7 9 0 6 1 4 1 1 1 1	Zdravotní pojišťovna 207
Korespondenční adresa (název ulice, číslo popisné, obec) K Blahobytu 1111, Pardubice		PSČ 53002	Telefon 777000111
E-mail znam.cz	Stát místa narození, pokud je jiný než ČR	Stát trvalého pobytu, pokud je jiný než ČR	
Povolání / převažující druh výdělečné činnosti podnikatel			

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

Jméno a příjmení	Vztah k pojištěnému	Rodné číslo
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

Výplata pojistného plnění

☒ Plnění poukážete na účet	Číslo účtu 123456789	Kód banky 0300	Specifický symbol	Variabilní symbol
☐ Plnění poukážete na adresu	☐ Adresa totožná s adresou pojištěného	☐ Adresa odlišná od adresy pojištěného (ulice, č.p., obec, PSČ)		

Část 2 Údaje o vzniku úrazu

Kdy a kde k úrazu došlo	Datum 10.3.2017	Čas 14:00	Místo Pardubice
Popis úrazového děje při pádu z kola jsem si zlomil pravou ruku			
Poraněná část těla pravá ruka			
Byla poraněná část těla již před úrazem postižena?		NE ☒ ANO ☐ Pokud ANO, napište jak a kdy.	
Napište, zda je pojištěný		PRAVÁK ☒ LEVÁK ☐	
Došlo k úrazu při sportu?		NE ☐ ANO ☒ Druh sportu:	
Pokud ANO, jednalo se o: organizovanou sportovní činnost?		NE ☒ ANO ☐ jízda na kole	
výkon profesionálního sportu?		NE ☒ ANO ☐	
Pokud ANO, uveďte název a adresu pořádající organizace			
Jaké sporty provozoval pojištěný v době úrazu a v jakých soutěžích?			

CSOBPO6J0000000



Došlo k úrazu při výkonu povolání?	NE ☒ ANO ☐	Pokud ANO, doložte záznam o pracovním úrazu.
Došlo k úrazu pod vlivem alkoholu či omamné nebo psychotropní látky?	NE ☒ ANO ☐	
Vyšetřovala úraz policie?	NE ☒ ANO ☐	Pokud ano, doložte konečné usnesení.

Svědci přítomní úrazu: Jméno a příjmení Jana Nováková	Adresa K Blahobytu 1111, 53002 Pardubice	Telefon 777111000
Jméno a adresa lékaře nebo zařízení, které poskytlo prvotní ošetření Pardubická nemocnice, Kyjevská 111, 53002 Pardubice	Datum prvního ošetření 10.3.2017	
Kde probíhalo další léčení úrazu	Jméno a adresa praktického lékaře MUDr. František Dvořák, třída Míru 111, 53002 Pardubice	

Potvrzení pracovní neschopnosti Potvrzení mzdové účtárny nebo Okresní správy sociálního zabezpečení

Délka pracovní neschopnosti pro uvedený úraz	Od 10.3.2017	Do	Dne
Byl pojištěný v době úrazu plátcem nemocenského pojištění?	ANO ☒	NE ☐	
Čerpal pojištěný pro uvedenou délku pracovní neschopnosti dávky nemocenské?	ANO ☒	NE ☐	 Razítko a podpis mzdové účtárny nebo OSSZ

Část 3

Seznam dokladů nezbytných k posouzení nároku na plnění z pojištění

Příloženo ANO NE	Název dokladu
☒ ☐	Lékařská zpráva 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 všechny zprávy z kontrolních návštěv lékaře
☒ ☐	Propouštěcí zpráva, probíhalo-li léčení v nemocnici
☐ ☒	Konečné usnesení policie, pokud byl úrazový děj vyšetřován policií (dopravní nehody, trestné činy)
☐ ☒	Záznam o pracovním úrazu, pokud se jednalo o pracovní úraz
☐ ☒	Plná moc v případě, že za pojištěného uplatňuje nárok na pojistné plnění 3. osoba
☐ ☒	Identifikace příjemce pojistného plnění v případě, že předpokládána výše pojistného plnění převyšší v přepočtu částku 1.000 euro

Uplatňuje pojištěný nárok na pojistné plnění i z následujících pojištění, jsou-li sjednaná v pojistné smlouvě?	Hospitalizace	NE ☐ ANO ☒	Pokud ANO, přiložte propouštěcí zprávu.
	Bolestné	NE ☐ ANO ☒	Nejsou potřebné další podklady.
Uplatnil pojištěný nárok na pojistné plnění za stejný úraz i u jiného pojistitele?		NE ☒ ANO ☐	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. 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 uvedeným 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.
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.

Osoba, která podepisuje toto potvrzení, souhlasí s tím, aby právní či jiná jednání pojistitele ve věci pojistné události (např. oznámení pojistitele, jeho žádosti nebo jeho jiná sdělení) byla činěna prostřednictvím uvedených prostředků elektronické komunikace (e-mailu, telefonu). To platí i pro případ, kdy jednání pojistitele bude obsahovat osobní či citlivé údaje pojištěného (např. údaje o jeho zdravotním stavu).

V **Pardubicích** dne **6.4.2017**

.....
Podpis pojištěného

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

Informace o zpracování osobních údajů

ČSOB Pojišťovna je v souladu se zákonem č. 277/2009 Sb., o pojišťovnictví, oprávněna zpracovávat osobní a citlivé údaje. Tyto údaje budou použity výhradně v rámci činnosti související s pojišťovací činností vyplývající ze závazkového vztahu založeného pojistnou smlouvou.

Lékařská zpráva

Denní odškodné z úrazového pojištění

Lékařskou zprávu je nezbytné vyplnit v případě, že léčení úrazu trvalo déle než 30 dnů. V opačném 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 Karel Novák			Rodné číslo 7 9 0 6 1 4 1 1 1 1
Kdy došlo k úrazu? Dne:	Datum prvního lékařského ošetření: Dne:	Co je uvedeno jako příčina úrazu ve zdravotní dokumentaci?	Pojištěný je pravák ☐ levák ☐
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 souvisejících se skutečnou dobou léčení úrazu:		Datum poslední návštěvy u lékaře související s léčením úrazu:	
Fixace od:		Fixace do:	

Došlo k prodloužení léčení v důsledku komplikací? Jakých?

Další údaje

Operace	ANO ☐ NE ☐	Pokud ANO, kdy, kde a popis zákroku?		
Hospitalizace	ANO ☐ NE ☐	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 ☐ NE ☐	Pokud ANO, jakému?		
Došlo k úrazu pod vlivem alkoholu nebo jiných návykových látek?	ANO ☐ NE ☐	Pokud ANO, uveďte příznaky požití.	Zjištěno	% alkoholu

Rehabilitace

Prováděna z důvodu:	Kde (adresa):	Způsob:		
Doba RHB: Od: Do:	Pravidelná RHB? ANO ☐ NE ☐	Frekvence (kolikrát týdně):	Datum ustálení stavu v průběhu RHB:	

Trvalé následky

Předpokládáte, že úraz zanechá trvalé následky?	ANO ☐ NE ☐	Pokud ANO, jakého pravděpodobného druhu?
---	--	--

Předchorobí

Byla funkce postižených orgánů omezena již před úrazem?	ANO ☐ NE ☐	Pokud ANO, v jakém rozsahu?
Trpěl pojištěný již před úrazem obtížemi nebo úrazy poraněné části těla?	ANO ☐ NE ☐	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	