

Záznamy pojistitele

## Oznámení pojistné události Trvalé následky úrazu

Tento formulář nejprve vyplňte v částech 1 až 3. Poté jej předejte svému ošetřujícímu lékaři k vyplnění lékařské zprávy. Následně 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)	PSC	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) popřípadě zákonného zástupce nezletilého pojištěného

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

#### Výplata pojistného plnění

<input type="checkbox"/>	Plnění poukážete na účet	Číslo účtu	Kód banky	Specifický symbol	Variabilní symbol
<input type="checkbox"/>	Plnění poukážete 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

Došlo k úrazu při sportu?	NE <input type="checkbox"/>	ANO <input type="checkbox"/>	Druh sportu:
Pokud ANO, jednalo se o profesionální sport?	NE <input type="checkbox"/>	ANO <input type="checkbox"/>	
Došlo k úrazu při výkonu povolání?	NE <input type="checkbox"/>	ANO <input type="checkbox"/>	Pokud ANO, doložte záznam o pracovním úrazu.
Vyšetřovala úraz policie?	NE <input type="checkbox"/>	ANO <input type="checkbox"/>	Pokud ANO, doložte konečné usnesení.
Kdy a kde k úrazu došlo?	Datum	Čas	Místo
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.
Popis úrazového děje			
Došlo k úrazu pod vlivem alkoholu či omamné nebo psychotropní látky?	NE <input type="checkbox"/>	ANO <input type="checkbox"/>	

CSOBPO4J0000000



Svědci přítomní úrazu: Jméno a příjmení	Adresa	Telefon
Jméno a adresa lékaře nebo zařízení, které poskytlo prvotní ošetření:		Datum prvního ošetření
Kde došlo k doléčení úrazu:	Jméno a adresa praktického lékaře	

### Část 3

### Seznam dokladů nezbytných k posouzení nároku na plnění z pojištění

Přiloženo ANO	NE	Název dokladu
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ověřená kopie lékařských zpráv vztahujících se k úrazu
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ověřené propouštěcí zprávy z nemocnice, probíhalo-li léčení v nemocnici
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ověřená kopie konečného usnesení policie (dopravní nehody a jiná protiprávní jednání)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ověřená 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 kopii se rozumí ověření s originálem pojišťovacím zprostředkovatelem nebo zaměstnancem finanční skupiny ČSOB, nebo notářem. O ověření učiní dotčená osoba záznam na kopii dokumentu.

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. 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 zavazují 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.

Prohlašuji, že nyní jsem nebo jsem v posledním roce byl 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, ve znění pozdějších předpisů.  
 Pokud bylo zvoleno ano, uveďte postavení politicky exponované osoby: .....  
 Není-li tento odstavec zaškrtnut, pak prohlašuji, že nyní nejsem nebo jsem v posledním roce nebyl politicky exponovanou osobou ve smyslu výše uvedeného ustanovení.

**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 uvedeným 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

Trvalé následky úrazu

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
DG úrazového poškození	Úraz ze dne

### Údaje o aktuálním rozsahu trvalého poškození

Označte, o jaký druh poškození se jedná, a uveďte podrobný popis jeho rozsahu. Pokud se na trvalém poškození podílel předchozí nebo následný úraz či onemocnění, popište jakou měrou.

1	<input type="checkbox"/>	Poškození pohybového aparátu – aktuální rozsahy pohybu, stabilita kloubů, atrofické změny, nedověř do dlaně v případě poškozených prstů ruky [v cm], porovnání mezi poškozenou a nepoškozenou končetinou.
2	<input type="checkbox"/>	Ztrátová poškození – lokalizace a rozsah ztráty
3	<input type="checkbox"/>	Neurologická poškození – popis rozsahu
4	<input type="checkbox"/>	Poškození očí – visus obou očí před a po úraze
5	<input type="checkbox"/>	Poškození stálých zubů – vitalita zubů před a po úraze, ztráta zubu nebo jeho části a podobně
6	<input type="checkbox"/>	Ztrátová poškození – lokalizace a rozsah ztráty
7	<input type="checkbox"/>	Poškození smyslových orgánů - stav poraněného smyslového orgánu před a po úraze
8	<input type="checkbox"/>	Jizvy – vzhled a velikost v cm a lokalizace jizvy, rozsah v cm <sup>2</sup> případě popálenin
9	<input type="checkbox"/>	Omezení funkčnosti vnitřních orgánů
10	<input type="checkbox"/>	Jiné – uveďte jaké

Podrobný popis jednotlivých poškození vyznačených ve výše uvedeném přehledu. Ke každému popisovanému poškození uveďte příslušné číslo, kterého se popis týká.




Je stav tělesných poškození ustálen? NE  ANO

Je plánováno další léčení? NE  ANO

Pokud ANO, napište jaké a kdy?

**Doplňující údaje**

<b>Operace</b> – podrobil se pojištěný v souvislosti s popsáním tělesným poškozením operačnímu zákroku?	NE <input type="checkbox"/> ANO <input type="checkbox"/>	Pokud ANO, kdy, kde a popis zákroku, přiložte propouštěcí zprávu a operační protokol.	
<b>Hospitalizace</b> – byl pojištěný, v souvislosti s popsáním tělesným poškozením hospitalizován?	NE <input type="checkbox"/> ANO <input type="checkbox"/>	Pokud ANO, kde?	Od <input type="text"/> Do <input type="text"/>
<b>Alkohol</b> – došlo k úrazu pod vlivem alkoholu (popřípadě jiné psychotropní látky)?	NE <input type="checkbox"/> ANO <input type="checkbox"/>	Pokud ANO, uveďte příznaky požití.	Zjištěno <input type="text"/>  % alkoholu <input type="text"/>

**Předchorobí**

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

V ..... dne .....  
Razítko a podpis lékaře

**Příloha**

Vyznačte lokalizaci a rozsah trvalého poškození vzniklého následkem předmětného úrazu na těle, končetinách, hlavě nebo krku (jizvy, popáleniny a podobně).

