

Oznámení úrazu – Trvalé následky úrazu

- POKYNY K VYPLNĚNÍ -

Vytiskněte všechny strany formuláře.

První strana formuláře:

- Vyplní pojištěná osoba nebo její zákonný zástupce.
- Nárok na pojistné plnění mimo jiné vzniká:
 - v případě, že je léčba ukončena a trvalé následky jsou ustáleny nejdříve 1 rok od data vzniku úrazu
 - v případě, že zdravotní stav pojištěné osoby není ustálen, nárok na pojistné plnění je možné uplatnit nejdéle po dobu 4 let od data vzniku úrazu.
- Přiložte veškeré kopie dokumentace o průběhu léčby úrazu. Pokud případ vyšetřovala policie, přiložte kopii policejního záznamu. Toto platí pouze tehdy, pokud jste doklady nezaslali do pojišťovny již dříve z důvodu řešení pojistné události v minulosti a zároveň žádné doklady nepřibyly.

Druhá strana formuláře:

- Vyplní odborný lékař pojištěné osoby (např. ortoped, traumatolog, chirurg, neurolog apod.).
- Pokud ošetřujícímu lékaři zaplatíte poplatek za vyplnění tiskopisu, zašlete originál příjmového dokladu spolu s oznámením pojistné události. Poplatek do výše 2 % z pojistné částky pro trvalé následky úrazu Vám uhradíme.

Pro účely likvidačního řízení mohou být pojišťovnou vyžádány další podklady.

Pojistné plnění trvalých následků úrazu bude vyplaceno po ukončení likvidačního řízení pojišťovnou.

Veškeré podklady zašlete prosím na adresu společnosti:

Basler Sachversicherungs-AG, pobočka pro Českou republiku, Paříkova 910/11a, 190 00 Praha 9 – Vysočany

V případě jakýchkoliv dotazů nás kontaktujte na infolince: **+420 800 700 088** nebo e-mailem: **service@baslerpojistovna.cz**.

Oznámení úrazu – Trvalé následky úrazu

Informace pro pojištěného:

1. K vyplněnému formuláři přiložte zdravotní dokumentaci, která s léčbou úrazu souvisí.
2. Vyplněním tohoto formuláře nevzniká automaticky nárok na pojistné plnění.
3. Vyplněný formulář zašlete na adresu: **Basler Sachversicherungs-AG, pobočka pro Českou republiku, Paříkova 910/11a, 190 00 Praha 9 – Vysočany.**

ČÍSLO POJISTNÉ SMLOUVY:

ÚDAJE O POJIŠTĚNÉ OSOBĚ

Jméno a příjmení pojištěného: Kontakt:

Rodné číslo: E-mail:

Adresa: PSČ:

Povolání (profese) v době vzniku úrazu:

ÚDAJE O ÚRAZE

| Kdy a kde došlo k úrazu? | Datum/hodina: | Místo: |
|---|--|--------|
| Podrobný popis úrazového děje: <i>Popis okolností vzniku úrazu, činnost, při které došlo k úrazu, zdroj, který byl příčinou úrazu.</i> | | |
| Která část těla byla poraněna? | | |
| Byla tato část funkčně nebo jinak poškozena před úrazem? <i>Pokud ano, uveďte podrobnosti:</i> | <input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne | |
| Uveďte adresu zdravotnického zařízení, kde byl úraz poprvé ošetřen: | | |
| Kde jste se kvůli úrazu léčil/a nebo kde Vám bylo provedeno následující ošetření? <i>Jméno a adresa lékaře, zdravotnického zařízení:</i> | | |
| Požil/a jste za posledních 24 hodin před úrazem alkohol, léky nebo drogy? <i>Pokud ano:</i> <i>- kdy, co a kolik (uveďte i malé množství):</i> <i>- v případě provedení krevní zkoušky uveďte výsledek v %:</i> | <input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne | |
| Došlo k úrazu při sportu nebo jiné tělovýchovné činnosti? <i>Pokud ano, uveďte název organizace, kterou byl organizován:</i> | <input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne | |
| Došlo k úrazu při dopravní nehodě? | <input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne | |
| Vyšetřovala úraz policie? <i>Pokud ano, uveďte adresu policie a číslo spisu, pod kterým je nehoda registrována:</i> | <input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne | |
| Žádal/a jste v souvislosti s uvedeným úrazem o výplatu pojistného plnění u jiné pojišťovny? <i>Pokud ano, uveďte název pojišťovny a typ pojištění:</i> | <input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne | |

POKYNY POJIŠTĚNÉHO K VÝPLATĚ POJISTNÉHO PLNĚNÍ

Plnění poukažte na číslo účtu:

Kód banky:

Prohlašuji, že jsem odpověděl/a pravdivě a úplně a uvedené údaje odpovídají skutečностям. Jsem si vědom/a toho, že nepravdivé nebo neúplné údaje v tomto oznámení mohou vést ke ztrátě pojistné ochrany a k velkým postihům, dokonce i když pojistitelé kvůli těmto informacím nevznikne žádná škoda. Za správnost údajů jsem zodpovědný/á, i pokud toto oznámení vyplnila třetí osoba (např. manžel/ka, zprostředkovatel).

Jsem si vědom/a toho, že pojistitel k posouzení nároku prověří pravdivost mých údajů, které jsem zaslal/a písemnou formou (např. Oznámení o úraze, Potvrzení) a také údaje, které na můj vlastní podnět realizovala nemocnice, resp. jiný léčebný ústav nebo zdravotnické zařízení. Souhlasím, aby pojišťovna zjišťovala můj (nezletilého pojištěného) zdravotní stav. Tímto zbavuji mičenlivosti všechny lékaře a opravňuji je, aby poskytli pojišťovně informace, zdravotnickou dokumentaci týkající se léčby úrazu, onemocnění, resp. zdravotního stavu. Současně zmocňuji pojišťovnu, aby se za účelem došetřování pojistné události, zdravotního stavu nebo za účelem přezkoumání oznámených údajů a zjištění dalších okolností spojila s jinými pojišťovnami a dalšími veřejnoprávními nebo soukromoprávními subjekty a souhlasím, aby tyto instituce poskytly pojišťovně požadované informace.

Pojištěný tímto dává lékaři výslovný písemný souhlas s poskytnutím údajů o jeho zdravotním stavu pojišťovně Basler Sachversicherungs-AG.

V dne.....

.....
Podpis pojištěného, resp. jeho zákonného zástupce

Zpráva odborného lékaře

Informace pro lékaře: Poskytnutí údajů je v souladu se souhlasem pojištěné osoby (viz první strana). Prosíme Vás o přesné a úplné vyplnění všech otázek. V případě, že Vám pojištěná osoba za vyplnění tohoto formuláře platí poplatek, dovolujeme si Vás požádat o vystavení originálu příjmového pokladního dokladu.

| | |
|----------------------------------|---------------------|
| Jméno a příjmení klienta: | Rodné číslo: |
|----------------------------------|---------------------|

| | |
|--|--|
| Uvedte datum prvního ošetření po úrazu a adresu zdravotnického zařízení, které poskytlo první ošetření: | |
| Uvedte slovní diagnózu všech tělesných poškození způsobených úrazem (pokud možno i kód diagnózy podle MKN-10): | |
| Co uvedl pojištěný jako příčinu úrazu? | |
| Byla poraněná část těla postižena již před úrazem? <i>Pokud ano, uveďte podrobnosti:</i> | <input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne |
| Byl pojištěný v době úrazu pod vlivem alkoholu nebo jiných návykových látek? <i>Pokud ano, uveďte podrobnosti:</i> | <input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne |
| Bylo příčinou úrazu úmyslné sebepoškození? <i>Pokud ano, uveďte podrobnosti:</i> | <input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne |
| Vyskytly se v průběhu léčby úrazu nějaké komplikace nebo onemocnění, které měly souvislost s úrazem, resp. zhoršily jeho následky? | |
| Má vliv na celkový rozsah poškození jakékoliv onemocnění, které s úrazem nesouvisí? <i>Pokud ano, uveďte o jaké onemocnění se jedná (např. DM, apod.):</i> | <input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne |
| Popište přesný rozsah poruchy a omezení funkce orgánu či končetiny, které byly úrazem postiženy: | |
| Klient je: | <input type="checkbox"/> pravák <input type="checkbox"/> levák |
| V případě, že úraz zanechal jizvy v obličejové části operativně neřešitelné, uveďte jejich přesný rozsah v cm a charakter (vzhled) jizvy: | |
| V případě ztráty zubu(ů) uveďte počet a zda se jednalo o trvalý chrup: | |

Přílože fotokopie posledních odborných nálezů, RTG popisu, popř. fotokopie dalších vyšetření, které pojištěný absolvoval.

V případě požadavků posudkového lékaře pojišťovny Basler Sachversicherungs-AG vyslovuji souhlas ke spolupráci. Čestně prohlašuji, že jsem odpověď(a) pravdivě a úplně na všechny otázky a jsem si vědom(a) důsledků nepravdivých odpovědí.

V dne

.....
Razítko a podpis ošetřujícího lékaře