

**Oznámení úrazu
Denní odškodné po úrazu, Denní odškodné při pobytu v nemocnici následkem úrazu,
Okamžité plnění**

- POKYNY K VYPLNĚNÍ -

Vytiskněte všechny strany formuláře.

První strana:

- Vyplní pojištěný nebo jeho zákonný zástupce.

Druhá strana:

- Vyplní ošetřující nebo praktický lékař pojištěného.
- Pokud ošetřujícímu nebo praktickému lékaři zaplatíte poplatek za vyplnění tiskopisu Oznámení úrazu, originál příjmového dokladu zašlete spolu s oznámením pojistné události.

Denní odškodné po úrazu – nezbytně nutná doba léčby po úrazu:

- Druhou stranu tiskopisu vyplní Váš ošetřující nebo praktický lékař až po ukončení léčby úrazu.
- Pokud máte k dispozici zdravotní dokumentaci týkající se léčby úrazu, prosíme Vás o zaslání její kopie spolu s Oznámením úrazu.

Denní odškodné při pobytu v nemocnici následkem úrazu:

- Spolu s Oznámením úrazu je nutné doložit kopii propouštěcí zprávy z nemocnice.

Okamžité plnění:

- Při uplatnění nároku na okamžité plnění není nutné, aby byla léčba tělesného poškození ukončena. Nárok můžete uplatnit již po 3 dnech ode dne vzniku úrazu.
- Spolu s Oznámením úrazu Vás žádáme i o doložení kopie dokumentace o průběhu léčby včetně lékařské zprávy z prvního ošetření.

Pro účely likvidačního řízení mohou být pojišťovnou vyžádány další podklady.

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

Denní odškodné po úrazu, Denní odškodné při pobytu v nemocnici následkem úrazu, Okamžité plnění

Informace pro pojištěného:

1. K vyplněnému formuláři přiložte zdravotní dokumentaci, která souvisí s léčbou.
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 POJIŠTĚNÉM

Jméno a příjmení pojištěného: Kontakt:

Rodné číslo: E-mail:

Povolání (profese) v době vzniku úrazu: Povolání od (měsíc/rok):

Adresa: PSČ:

Máte sjednáno úrazové pojištění u jiného pojistitele? ano ne Pokud ano, uveďte jméno pojistitele/ú.....

ÚDAJE O ÚRAZU

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	
Kdy a kde bylo provedeno první ošetření? <i>Uveďte jméno lékaře a adresu zdravotnického zařízení:</i>		
Kde jste se kvůli úrazu léčil/a nebo kde Vám bylo provedeno následující ošetření? <i>Uveďte jméno lékaře a adresu zdravotnického zařízení:</i>		
Byla jste hospitalizován/a? <i>Pokud ano, uveďte časové období, jméno a adresu zdravotnického zařízení, oddělení:</i>	<input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne	
Požil/a jste za posledních 24 hodin před úrazem alkohol, léky nebo drogy? <i>Pokud ano:</i> - kdy, co a kolik (uveďte i malé množství): - v případě provedení krevní zkoušky uveďte výsledek v %:	<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	
Byla jste za posledních 5 let kvůli poranění, popřípadě nehodě nebo onemocnění v lékařském ošetřování? <i>Pokud ano: Kdy a kvůli jaké diagnóze:</i>	<input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne	

POKYNY POJIŠTĚNÉHO K VÝPLATĚ POJISTNÉHO PLNĚNÍ
Pojistné plnění poukažte na číslo účtu:
Kód banky:

Prohlašuji, že jsem odpověděl/a pravdivě a úplně a uvedené údaje odpovídají skutečnosti. 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 pojistitel kvůli těmto informacím nevznikne žádná škoda. Za správnost údajů jsem zodpovědný/a, i pokud toto oznámení vyplnila třetí osoba (např. manžel/ka, zprostředkovatel).

Jsem si vědom/a toho, že pojistitel k posouzení nároku provede pravdivost mých údajů, které jsem zaslal/a písemnou formou (např. Oznámení úrazu, 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 mlčenlivosti a opravňuji všechny lékaře, aby poskytli pojistovně informace, zdravotnickou dokumentaci týkající se léčby úrazu, onemocnění, resp. zdravotního stavu. Současně zpřimocňuji 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 pojistovně 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 ošetřujícího 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:	
Kdy a kde bylo provedeno první ošetření úrazu? <i>Uvedte datum, čas, zdravotnické zařízení, adresu a jméno lékaře:</i>			
Uvedte další zdravotnické zařízení, kde byl úraz léčen:			
Co uvedla pojištěná osoba jako příčinu úrazu?			
Uvedte slovní diagnózu všech tělesných poškození způsobených úrazem (pokud možno i kód diagnózy podle MKN-10):			
Diagnóza a podrobný popis tělesného poškození způsobeného úrazem s určením jeho rozsahu:			
Uvedte výčet všech vyšetření a přiložte prosím jejich kopie (RTG, CT, MR, sono, apod.):			
Odpovídá charakter a rozsah postižení příčině úrazu, kterou pojištěná osoba uvedla?	<input type="checkbox"/> ano	<input type="checkbox"/> ne	
Pokud došlo při léčbě tělesného poškození ke komplikacím, uveďte, z jakého důvodu a o jaký druh komplikace se jednalo:			
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	
Uvedte skutečnou dobu nezbytného léčení následků úrazu (včetně případných komplikací):	od:	do:	
Byl poraněný hospitalizován? <i>Pokud ano, uveďte období a zdravotnické zařízení, kde byl pojištěný hospitalizován:</i>	<input type="checkbox"/> ano	<input type="checkbox"/> ne	
	od:	do:	
Byla vystavena dočasná pracovní neschopnost? <i>Pokud ano, uveďte období:</i>	<input type="checkbox"/> ano	<input type="checkbox"/> ne	
	od:	do:	
Byla potřeba rehabilitace? <i>Pokud ano, uveďte období:</i>	<input type="checkbox"/> ano	<input type="checkbox"/> ne	
	od:	do:	
Byla tato část funkčně nebo jinak poškozena před úrazem? <i>Pokud ano, uveďte podrobnosti:</i>	<input type="checkbox"/> ano	<input type="checkbox"/> ne	
Zanechal/zanechá úraz trvalé následky?	<input type="checkbox"/> ano	<input type="checkbox"/> ne	
Je rozsah trvalých následků již ustálen?	<input type="checkbox"/> ano	<input type="checkbox"/> ne	
Popis a rozsah trvalých následků:			
Ostatní sdělení ošetřujícího lékaře:			

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

V..... dne

.....
Razítko a podpis ošetřujícího lékaře