



Oznámení pojistné události následkem úrazu

Určeno pro elektronické zpracování 2007

Číslo pojistné smlouvy:

Identifikační číslo poradce

POJISTITEL

ING Životní pojišťovna N.V., pobočka pro Českou republiku, Praha 5, Smíchov, Nádražní 344/25, 150 00, IČ: 40763587, DIČ: CZ40763587, zapsaná u MS v Praze, oddíl A, vložka 6305.

ING pojišťovna, a.s., Praha 5, Smíchov, Nádražní 344/25, 150 00, IČ: 25703838, DIČ: CZ25703838, zapsaná u MS v Praze, oddíl B, vložka 5603.

STÁVAJÍCÍ PARAMETRY POJIŠTĚNÍ

POJISTNÍK

Příjmení/Obchodní firma Jméno

Titul Rodné číslo / IČ

Ulice, č.p. PSČ, Obec

Telefon domů Mobilní telefon E-mail

POJIŠTĚNÝ (není-li zároveň pojistníkem)

Příjmení Jméno

Titul Rodné číslo /

Ulice, č.p. PSČ, Obec

Telefon domů Mobilní telefon E-mail

DRUH POJISTNÉ UDÁLOSTI

Úraz

Doba nezbytného léčení úrazu
Prosíme přiložit:
- lékařské zprávy o průběhu a způsobu léčení od ošetřujícího odborného lékaře
- v případě hospitalizace originál propouštěcí zprávy

Zproštění od placení z důvodu úrazu
Prosíme přiložit:
- potvrzenou kopii rozhodnutí o přiznání plného invalidního důchodu Českou správou sociálního zabezpečení nebo odborný posudek o zdravotním stavu, nemá-li pojistník nárok na invalidní důchod dle § 39 odst. 1/a zákona č. 155 Sb., v platném znění
- potvrzenou kopii záznamu jednání řízení o přechodu do plné invalidity

Úmrtí následkem úrazu
Prosíme přiložit:
- ověřenou kopii úmrtního listu
- ověřenou kopii listu o prohlídce mrtvého nebo výpis úmrtní diagnózy z matriky, která vystavila úmrtní list

Trvalé následky úrazu

Plný invalidní důchod následkem úrazu
Prosíme přiložit:
- potvrzenou kopii rozhodnutí o přiznání plného invalidního důchodu Českou správou sociálního zabezpečení nebo odborný posudek o zdravotním stavu, nemá-li pojistný nárok na plný invalidní důchod dle § 39 odst. 1/a zákona č. 155 Sb., v platném znění
- potvrzenou kopii záznamu jednání řízení o přechodu do plné invalidity.

Hospitalizace a pracovní neschopnost v důsledku úrazu
Prosíme přiložit:
- originál propouštěcí zprávy (Hospitalizace v důsledku úrazu)
- tiskopis „Doklad o pracovní neschopnosti“ - 1. díl (Pracovní neschopnost v důsledku úrazu)

OKOLNOSTI VZNIKU ÚRAZU

1. **Kdy se úraz stal:**
Datum, hodina

2. **Kde se úraz stal:**
Místo, ulice, číslo domu

3. **Došlo k úrazu při výkonu povolání:** ANO NE

4. **Došlo k úrazu při zájmové činnosti nebo sportu?:**
V případě, že ano, uveďte bližší informace (registrace v klubech, účast na závodech, apod.) ANO NE

5. **Došlo k úrazu při dopravní nehodě:** ANO NE

Účastník nehody: jako řidič jako chodec jako spolujezdec jako

Měl pojištěný: bezpečnostní pásy ANO NE helmu ANO NE

OKOLNOSTI VZNIKU ÚRAZU	6. Popis okolností, za kterých došlo k úrazu (Pokud se úraz stal při výkonu povolání, uveďte pracoviště, na kterém došlo k úrazu a činnost, kterou jste vykonával/a.) <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
	7. Byly okolnosti úrazu šetřeny (policí, bezpečností práce apod.)? <input type="checkbox"/> ANO <input type="checkbox"/> NE (Pokud ano, doložte kopii policejního protokolu, resp. usnesení, příp. pravomocný soudní rozsudek, záznam o pracovním úrazu a uveďte adresu vyšetřujícího orgánu, číslo a značku jednací.) <input type="text"/>
	8. Svědkové úrazu Jméno a příjmení <input type="text"/> Adresa <input type="text"/>
	9. Máte úrazové pojištění? <input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne u jaké pojišťovny <input type="text"/>

ZDRAVOTNICKÁ ZAŘÍZENÍ	Jména lékařů a adresy zdravotnických zařízení, ve kterých jste byl/a v souvislosti s úrazem ošetřen/a <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
	Máte-li k dispozici podklady vztahující se k úrazu, přiložte je, nebo jejich ověřené kopie. Jméno praktického lékaře, adresa zdravotnického zařízení, telefon <input type="text"/> <input type="text"/>

LÉKAŘSKÁ ZPRÁVA O ÚRAZU	Datum prvního ošetření <input type="text"/>	Odpovídají tělesná poškození okolnostem, které uvedl poškozený? <input type="checkbox"/> ANO <input type="checkbox"/> NE
	Číslo diagnózy úrazu a slovní popis <input type="text"/> <input type="text"/>	
	Hospitalizace Od <input type="text"/> Do <input type="text"/> Datum operace <input type="text"/> Dny propustky <input type="text"/>	
	Doba nezbytného léčení úrazu Od <input type="text"/> Do <input type="text"/>	Prosíme doložte propouštěcí zprávu a lékařské zprávy o průběhu a způsobu léčení od ošetřujícího odborného lékaře.
	Byla poraněná část těla již před úrazem funkčně postižena? <input type="checkbox"/> ANO <input type="checkbox"/> NE	
	V jakém rozsahu <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
	Došlo k úrazu následkem požití alkoholu nebo jiných návykových látek? <input type="checkbox"/> ANO <input type="checkbox"/> NE	
	Promile alkoholu v krvi <input type="text"/> Druh návykové látky <input type="text"/>	
	Bylo příčinou úrazu úmyslné sebepoškození nebo pokus o sebevraždu? <input type="checkbox"/> ANO <input type="checkbox"/> NE	
	Zanechal úraz trvalé následky? <input type="checkbox"/> ANO <input type="checkbox"/> NE Jaké (popis)? <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
V..... dne Razítko a podpis lékaře		

OSOBA UPLATŇUJÍCÍ NÁROK NA POJISTNÉ PLNĚNÍ	Příjmení <input type="text"/>	Jméno <input type="text"/>	Titul <input type="text"/>
	Datum narození <input type="text"/>	Vztah k pojištěnému <input type="text"/>	Telefon <input type="text"/>
	Ulice, č.p. <input type="text"/>	PSC, Obec <input type="text"/>	<input type="text"/>
	V případě nezletilosti pojištěného nebo obmyslené* osoby uveďte zákonného zástupce:		
	Příjmení <input type="text"/>	Jméno <input type="text"/>	Titul <input type="text"/>
	Datum narození <input type="text"/>	Vztah k pojištěnému nebo obmyslené* osobě <input type="text"/>	<input type="text"/>
	Ulice, č.p. <input type="text"/>	PSC, Obec <input type="text"/>	<input type="text"/>
	Adresa příslušného odboru péče o dítě <input type="text"/>		
	<input type="text"/>		
	Pojistné plnění možno poukázat na bankovní účet č.: <input type="text"/>		
Variabilní symbol: <input type="text"/>		Kód banky <input type="text"/>	
nebo			
na adresu: <input type="text"/>			
<input type="text"/>			
U výplat pojistného plnění od 10 001 Kč do 299 999 Kč na účet je nutné úřední ověření podpisu pojištěné osoby, v případě nezletilosti jejího zákonného zástupce, oprávněné/obmyslené osoby, resp. jejího zákonného zástupce.			
U výplat pojistného plnění z jedné pojistné smlouvy v celkové výši od 300 000 Kč je úřední ověření podpisu osob uplatňujících nárok na plnění povinné.			

DALŠÍ SDĚLENÍ	<div style="border: 1px solid black; height: 100px;"></div>
---------------	---

*U pojistné smlouvy uzavřené do 31. 12. 2004 se za obmyslenou osobu pokládá oprávněná osoba ve smyslu § 817 Občanského zákoníku.

Prohlašuji, že jsem všechny údaje vyplnil/a pravdivě a úplně, a jsem si vědom/a dopadu neúplných nebo nepravdivých odpovědí na povinnost pojistitele plnit.

Souhlasím, aby si pojistitel v případě potřeby vyžádal další doklady k došetření pojistné události včetně přezkoumání následků, resp. trvalých následků úrazu, smrti, plného invalidního důchodu, zproštění od placení, hospitalizace nebo pracovní neschopnosti v důsledku úrazu.

Zplnomocnění pojištěného:

Já, jako pojištěný, zplnomocňuji všechny lékaře, zdravotnická zařízení a zdravotní pojišťovny, u kterých jsem evidován, nebo u kterých jsem byl nebo budu léčen, k poskytnutí informací o mém zdravotním stavu, nebo informací souvisejících s léčením v případě, že o ně pojistitel požádá. Zplnomocňuji orgány sociálního zabezpečení, bezpečnosti práce a policie k poskytnutí údajů, týkajících se mé osoby, v případě, že o ně pojistitel zažádá v souvislosti s mým pojištěním.

Zplnomocnění zákonného zástupce / zástupce na základě plné moci / osoby blízké / osoby žijící ve společné domácnosti:

Já, jako zákonný zástupce / zástupce na základě plné moci / osoba blízká / osoba žijící ve společné domácnosti, zplnomocňuji všechny lékaře, zdravotnická zařízení a zdravotní pojišťovny, u kterých byl pojištěný evidován, nebo u kterých byl resp. bude léčen, k poskytnutí informací o jeho zdravotním stavu, nebo informací souvisejících s léčením v případě, že o ně pojistitel požádá. Zplnomocňuji orgány sociálního zabezpečení, bezpečnosti práce a policie k poskytnutí údajů, týkajících se pojištěného, v případě, že o ně pojistitel zažádá v souvislosti s jeho pojištěním.

V dne

IDENTIFIKACE	OSOBA UPLATŇUJÍCÍ NÁROK NA POJISTNÉ PLNĚNÍ			
	Typ dokladu <input type="text"/>	Číslo <input type="text"/>	Vydaného v <input type="text"/>	Platného do <input type="text"/>
	Podoba souhlasí s fotografií v OP/pasu.			
	Jméno zákonného zástupce <input type="text"/>			<input type="text"/>
	PORADCE			
	Jméno a příjmení osoby pověřené sjednáváním pojištění <input type="text"/>			
Identifikační číslo <input type="text"/>	Kontaktní telefon <input type="text"/>	Registrační číslo ČNB <input type="text"/>	<input type="text"/>	
				Podpis poradce

Pozn: V případě potřeby uveďte u jednotlivých bodů podrobnější údaje na zvláštní list.

Vyplněné oznámení včetně příloh zašlete na adresu pojišťovny, odd. likvidací pojistných událostí, Nádražní 25/344, 150 00 Praha 5.