



Oznámení pojistné události následkem úrazu

Určeno pro
elektronické zpracování

Číslo pojistné smlouvy:

Identifikační číslo poradce

POJISTITEL	<input type="checkbox"/> ING Životní pojišťovna N.V., pobočka pro Českou republiku, IČ: 40763587, se sídlem Nádražní 344/25, 150 00 Praha 5-Smíchov zapsaná v obchodním rejstříku vedeném Městským soudem v Praze, oddíl A, vložka 6305. Zakladatel: ING Životní pojišťovna N.V., se sídlem Rotterdam, Weena 505, Nizozemské království zapsaný v obchodním rejstříku Obchodní komory v Rotterdamu, Nizozemské království, datum zápisu 17. ledna 1863, číslo zápisu 24042211 (dále jen pojišťovna nebo ING Životní pojišťovna).
	<input type="checkbox"/> ING pojišťovna, a.s., IČ: 25703838, se sídlem Nádražní 344/25, 150 00 Praha 5 - Smíchov zapsaná v obchodním rejstříku vedeném Městským soudem v Praze, oddíl B, vložka 5603.

STÁVAJÍCÍ PARAMETRY POJISTĚNÍ	POJISTNÍK / 1.POJISTĚNÝ	
	Příjmení/Obchodní firma <input type="text"/>	Jméno <input type="text"/>
	Titul <input type="text"/>	Rodné číslo <input type="text"/> / <input type="text"/>
	IČ <input type="text"/>	
	Ulice, č.p. <input type="text"/>	
	PSČ, Obec <input type="text"/>	
	Telefon domů <input type="text"/>	Mobilní telefon <input type="text"/>
	E-mail <input type="text"/>	
	POJISTĚNÝ / 2.POJISTĚNÝ (není-li zároveň pojistníkem)	
	Příjmení <input type="text"/>	Jméno <input type="text"/>
Titul <input type="text"/>	Rodné číslo <input type="text"/> / <input type="text"/>	
Ulice, č.p. <input type="text"/>		
PSČ, Obec <input type="text"/>		
Telefon domů <input type="text"/>	Mobilní telefon <input type="text"/>	
E-mail <input type="text"/>		
Došlo ke změně povolání/provozovaného sportu? <input type="checkbox"/> ANO <input type="checkbox"/> NE od kdy? <input type="text"/>		
Pokud ano, uveďte stávající povolání/provozovaný sport: <input type="text"/>		

DRUH POJISTNÉ UDÁLOSTI	<input type="checkbox"/> Úraz	<input type="checkbox"/> Trvalé následky úrazu
	<input type="checkbox"/> Doba nezbytného léčení úrazu Prosíme přiložit: - lékařské zprávy o průběhu a způsobu léčení od ošetřujícího odborného lékaře - v případě hospitalizace originál propouštěcí zprávy	<input type="checkbox"/> 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 pojištěný 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.
	<input type="checkbox"/> 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 pojištěný 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	<input type="checkbox"/> 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)
	<input type="checkbox"/> 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	

OKOLNOSTI VZNIKU ÚRAZU	1. Kdy se úraz stal: Datum, hodina <input type="text"/>
	2. Kde se úraz stal: Místo, ulice, číslo domu <input type="text"/>
	3. Došlo k úrazu při výkonu povolání (V případě, že ano, přiložte záznam o pracovním úrazu.): <input type="checkbox"/> ANO <input type="checkbox"/> NE
	4. Došlo k úrazu při zájmové činnosti nebo sportu?: V případě, že ano, uveďte bližší informace (registrace v klubech, účast na závodech, apod.) <input type="checkbox"/> ANO <input type="checkbox"/> NE <input type="text"/> <input type="text"/>
	5. Došlo k úrazu při dopravní nehodě: <input type="checkbox"/> ANO <input type="checkbox"/> NE
	Účastník nehody: <input type="checkbox"/> jako řidič <input type="checkbox"/> jako chodec <input type="checkbox"/> jako spolujezdec jako <input type="text"/>
Měl pojištěný: bezpečnostní pásy <input type="checkbox"/> ANO <input type="checkbox"/> NE helmu <input type="checkbox"/> ANO <input type="checkbox"/> 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.)

7. Byly okolnosti úrazu šetřeny (policí, bezpečností práce apod.)? ANO 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.)

8. Svědkové úrazu
Jméno a příjmení _____
Adresa _____

9. Máte úrazové pojištění? ANO NE u jaké pojišťovny _____

ZDRAVOTNICKÁ ZAŘÍZENÍ

Jména lékařů a adresy zdravotnických zařízení, ve kterých jste byl/a v souvislosti s úrazem ošetřen/a _____

Máte-li k dispozici podklady vztahující se k úrazu, přiložte je, nebo jejich ověřené kopie.

Jméno praktického lékaře, adresa zdravotnického zařízení, telefon _____

LÉKAŘSKÁ ZPRÁVA O ÚRAZU

Datum prvního ošetření _____ Odpovídají tělesná poškození okolnostem, které uvedl poškozený? ANO NE

Číslo diagnózy úrazu a slovní popis _____

Hospitalizace
Od _____ Do _____ Datum operace _____ Dny propustky _____

Doba nezbytného léčení úrazu
Od _____ Do _____ **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? ANO NE

V jakém rozsahu _____

Je plánovaná další kontrola?* ANO NE Datum _____

Je léčení ukončeno?* ANO NE Datum _____

Je navrženo další rehabilitační nebo lázeňské léčení?* ANO NE

Jaké (popis)? _____

Došlo k úrazu následkem požití alkoholu nebo jiných návykových látek? ANO NE

Promile alkoholu v krvi _____ Druh návykové látky _____

Bylo příčinou úrazu úmyslné sebepoškození nebo pokus o sebevraždu? ANO NE

Zanechal úraz následky? ANO NE Jaké (popis)? _____

Zanechal úraz po ukončení léčení trvalé následky? ANO NE Jaké? _____

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 obmyšlené* 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 obmyšlené* 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 20 001 Kč do 500 000 Kč na účet je nutné úřední ověření podpisu pojištěné osoby, v případě nezletilosti jejího zákonného zástupce, oprávněné/obmyšlené osoby, resp. jejího zákonného zástupce.			
U výplat pojistného plnění z jedné pojistné smlouvy v celkové výši od 500 001 Kč je úřední ověření podpisu osob uplatňujících nárok na plnění povinné.			
U makléřského distribučního kanálu je úřední ověření podpisu pojištěného/obmyšleného povinné.			

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

*U pojistné smlouvy uzavřené do 31. 12. 2004 se za obmyšlenou 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 požádá 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 je 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 požádá v souvislosti s jeho pojištěním.

V dne

IDENTIFIKACE	OSOBA UPLATŇUJÍCÍ NÁROK NA POJISTNÉ PLNĚNÍ			
	Typ dokladu <input type="text"/>	Číslo <input type="text"/>	Vydaný kým <input type="text"/>	Platný do <input type="text"/>
	Podoba souhlasí s fotografií v OP/pasu.			
	Jméno zákonného zástupce <input type="text"/>			Podpis osoby uplatňující nárok na pojistné plnění, resp. jejího zákonného zástupce
	PORADCE			
	Jméno a příjmení osoby pověřené sjednáváním pojištění <input type="text"/>		E-mail poradce <input type="text"/>	
	Identifikační číslo <input type="text"/>	Kontaktní telefon <input type="text"/>	Registrační číslo ČNB <input type="text"/>	Podpis poradce
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	

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

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