



Oznámení škodní události – úraz



Pojistitel

Youplus Insurance International Aktiengesellschaft, pobočka pro Českou republiku, IČ: 078 12 299, se sídlem náměstí I. P. Pavlova 1789/5, Nové Město, 120 00 Praha, Česká republika

Kontaktní adresa: YOUPLUS, Vlněna Office Park, Přízova 5, 602 00 Brno.

Tento formulář slouží pro oznámení škodní události, vzniklé v důsledku úrazu pojištěného. Pokud byla nemoc již v minulosti oznámena a jde pouze o uplatnění dalších nároků, vyplňte pouze číslo pojistné události a aktuální identifikační a kontaktní údaje pojištěného v části 1. a dále příslušný oddíl v části 3.

Informace k uplatňování práva na pojistné plnění

Pokyny pro doručení oznámení

Oznámení spolu s potřebnými přílohami vyjmenovanými níže nám můžete doručit prostřednictvím pojišťovacího zprostředkovatele, nebo zasláním na naši kontaktní adresu uvedenou v záhlaví formuláře.

Vytištěné a naskenované, nebo elektronickým podpisem podepsané oznámení je možné zaslat také prostřednictvím elektronické podatelny, umístěné na našich webových stránkách www.youplus.cz. Dokumenty, které vyžadujeme doložit v ověřené kopii, nebo které obsahují úředně ověřený podpis, a dále originál veřejné listiny o identifikaci oprávněných osob, je však v takovém případě nezbytné dodatečně nám doručit i fyzicky.

Dokumenty nezbytné k likvidaci události

Abychom mohli událost vyřídit co nejdříve, k oznámení nám prosím přiložte také následující dokumenty (seznam můžete využít i jako checklist). V závislosti na povaze uplatňovaného nároku, utrpěných zranění nebo i výši požadovaného plnění můžeme požadovat doložení dalších dokumentů, nebo i podstoupení prohlídky pojištěného v námi určeném zdravotnickém zařízení nebo lékařem.

Uplatňovaný nárok

Potřebné dokumenty

Ke všem nárokům je nezbytné doložit	<input type="checkbox"/> řádně vyplněný formulář oznámení události;	<input type="checkbox"/> lékařské zprávy z prvního ošetření úrazu;
	<input type="checkbox"/> lékařské zprávy z celého průběhu léčení;	<input type="checkbox"/> dokumenty z šetření PČR, pokud proběhlo.
	<input type="checkbox"/> lékařem vyplněný formulář „Lékařská zpráva k oznámení škodní události – úraz“, pokud si ho vyžádáme	
Nezbytné léčení úrazu (denní odškodní)	<input type="checkbox"/> vyplňte oddíl 1. Nezbytné léčení úrazu v části 3. tohoto formuláře.	<input type="checkbox"/> doložte dokumenty dokumentující celý průběh léčby úrazu od jeho počátku až do ukončení.
Chirurgický zákrok	<input type="checkbox"/> doložte kopie všech lékařských zpráv, které s tímto zákrokem souvisí, včetně propouštěcí zprávy z nemocnice a operačního protokolu, pokud není zahrnut do propouštěcí zprávy.	
Hospitalizace	<input type="checkbox"/> vyplňte oddíl 2. Hospitalizace v části 3. tohoto formuláře.	<input type="checkbox"/> doložte dokumenty z průběhu hospitalizace, včetně propouštěcí zprávy.
Pracovní neschopnost	<input type="checkbox"/> vyplňte oddíl 3. Pracovní neschopnost v části 3. tohoto formuláře.	<input type="checkbox"/> doložte Rozhodnutí o vzniku (a ukončení) dočasné pracovní neschopnosti a lékařské zprávy z průběhu léčení v pracovní neschopnosti
	<input type="checkbox"/> doložte existenci pracovního poměru nebo samostatné výdělečné činnosti a z nich plynoucích příjmů ke dni předcházejícímu den vzniku události;	
	Dbejte prosím na včasné nahlášení události ve lhůtách vyžadovaných pojistnými podmínkami. V případě pozdního oznámení může být pojistné plnění kráceno!	
Invalidita	<input type="checkbox"/> vyplňte oddíl 4. Invalidita v části 3. tohoto formuláře.	<input type="checkbox"/> doložte posudek o invaliditě posudkového lékaře ČSSZ, nebo lékařské zprávy, pokud nemůže být posudek o invaliditě podle právních předpisů ČR vystaven;
Trvalé následky úrazu	<input type="checkbox"/> vyplňte oddíl 5. Trvalé následky úrazu v části 3. tohoto formuláře.	<input type="checkbox"/> doložte vyjádření odborného lékaře k rozsahu trvalého tělesného poškození.
	Trvalé následky úrazu lze uplatnit až po jejich ustálení, nejpozději 36 měsíců ode dne, kdy úraz nastal.	
Závažné onemocnění	<input type="checkbox"/> vyplňte oddíl 6. Závažné onemocnění v části 3. tohoto formuláře.	

Identifikace pojištěného

V souladu se zákonem 253/2008 Sb., o některých opatřeních proti legalizaci výnosů z trestné činnosti a financování terorismu jsme povinni provést identifikaci oprávněné osoby z životního pojištění. Identifikace se provádí v případě, kdy pojistné plnění přesahuje částku 24 000,- Kč a pokud jsme pojištěného neidentifikovali při vzniku pojistné smlouvy nebo během jejího trvání. Identifikaci pojištěného je oprávněn provést náš smluvní pojišťovací zprostředkovatel, případně také notář, obecní úřad nebo kontaktní místo veřejné správy. Provedení identifikace, s výjimkou identifikace zprostředkovatelem, je zpoplatněno částkou 200,-Kč, kterou hradí oprávněná osoba. Identifikace pojištěného zpravidla neproběhla v případě pojistných smluv sjednaných na dálku.

Pro identifikaci naším zprostředkovatelem můžete využít formulář dostupný přímo u zprostředkovatele. Kontaktní údaje správce pojistné smlouvy má k dispozici pojistník, případně Vám je sdělíme na Vaši žádost.

Náklady spojené s uplatněním práva na pojistné plnění

Všechny náklady spojené s uplatněním práva na pojistné plnění nese osoba uplatňující právo na plnění.

Pojistitel

Youplus Insurance International Aktiengesellschaft, pobočka pro Českou republiku, IČ: 078 12 299, se sídlem náměstí I. P. Pavlova 1789/5, Nové Město, 120 00 Praha, Česká republika

Kontaktní adresa: YOUPLUS, Vlněna Office Park, Přízova 5, 602 00 Brno.

1. Údaje o pojištěném a pojistné smlouvě

Pojistná smlouva/Pojistná událost č.

Pojištěný

Příjmení, jméno, titul	Rodné číslo
E-mail	Telefon
Adresa trvalého pobytu	

* Prosim vyplňte emailovou adresu, prostřednictvím které můžeme s pojištěným komunikovat ohledně vyřizování této události.

Povolání v době vzniku úrazu	Od (mm/rrrr)
Je pojištěný pojištěn pro případ úrazu i u jiného pojistitele? <input type="checkbox"/> Ne <input type="checkbox"/> Ano, název pojistitele:	
Uvedte jméno a adresu praktického lékaře pojištěného	

2. Údaje o úrazu
Okolnosti úrazu

Datum, čas a místo úrazu		Uvedte přesný datum a čas úrazu a místo, kde k úrazu pojištěného došlo.
Okolnosti úrazu		Uvedte prosím, jakým způsobem a při jaké činnosti se úraz stal.
Byly okolnosti úrazu šetřeny Policií ČR nebo jiným bezpečnostním sborem? <input type="checkbox"/> Ano <input type="checkbox"/> Ne		Pokud byla událost šetřena Policií ČR nebo jiným bezpečnostním sborem, uveďte prosím adresu příslušného oddělení, číslo jednací a kontaktní údaje. Máte-li k dispozici zprávu o šetření, přiložte ji prosím k tomuto hlášení.
Došlo k úrazu při výkonu povolání pojištěného? <input type="checkbox"/> Ano <input type="checkbox"/> Ne		
Jednalo se o pracovní úraz ve smyslu pracovněprávních předpisů? <input type="checkbox"/> Ano <input type="checkbox"/> Ne		Uvedte, zda byli úrazu přítomni svědci a pokud ano, uveďte jejich jméno a kontaktní údaj.
Byli úrazu přítomni svědci? <input type="checkbox"/> Ano <input type="checkbox"/> Ne		Uvedte, zda byli úrazu přítomni svědci a pokud ano, uveďte jejich jméno a kontaktní údaj.

Došlo k úrazu při sportu?	<input type="checkbox"/> Ne	<input type="checkbox"/> Ano (vyplňte i následující otázky):
Při jakém sportu nebo aktivitě k úrazu došlo?		
Odkdy tento sport provozujete:		
Šlo o jednorázovou aktivitu (např. teambuilding, zážitková akce apod.)?	<input type="checkbox"/> Ano	<input type="checkbox"/> Ne
Tvoří příjem související s tímto sportem převažující část Vašich příjmů?	<input type="checkbox"/> Ano	<input type="checkbox"/> Ne
Provozujete tento sport nebo aktivitu na úrovni, při níž se účastníte závodů ¹ na celostátní nebo mezinárodní úrovni?	<input type="checkbox"/> Ano	<input type="checkbox"/> Ne
Došlo k úrazu v souvislosti s účastí na závodě nebo přípravou na něj?	<input type="checkbox"/> Ano	<input type="checkbox"/> Ne
Došlo k úrazu po požití alkoholem nebo jiné návykové látky?	<input type="checkbox"/> Ano	<input type="checkbox"/> Ne
Pokud ano, uveďte látku a její množství (i malé):		
Látka:	Množství:	

1) S výjimkou závodů určených pro širokou veřejnost.

Léčba úrazu

Datum prvního ošetření	Uveďte prosím přesný datum, kdy došlo k prvnímu lékařskému ošetření následků úrazu.
Název a adresa zdravotnického zařízení – první ošetření	Uveďte název a adresu zdravotnického zařízení, případně i jméno lékaře, který provedl první ošetření.
Ošetřující lékař/zdravotnické zařízení – následná léčba	Uveďte název a adresu zdravotnického zařízení. Pokud jste se na následky úrazu dále léčil/a, uveďte prosím jméno ošetřujícího lékaře a název a adresu zdravotnického zařízení, kde probíhala následná léčba následků úrazu.

Následky úrazu a další informace

Jaká část těla byla poškozena a jak?	Uveďte prosím, jaká část těla byla úrazem poškozena a v čem toto poškození spočívá?
Byla tato část těla poškozena již před úrazem?	<input type="checkbox"/> Ano <input type="checkbox"/> Ne Pokud ano, specifikujte jak a doložte kopie lékařských zpráv, které toto předchozí poškození popisují.
Byl pojištěn za posledních 5 let kvůli poranění nebo onemocnění v lékařském ošetřování?	<input type="checkbox"/> Ano <input type="checkbox"/> Ne Uveďte prosím, zda pojištěn v posledních 5 letech před vznikem úrazu podstoupil léčbu v důsledku jiného úrazu nebo onemocnění. Pokud ano, uveďte prosím i diagnózu.

3. Údaje k uplatňovaným nárokům z pojištění

Uveďte, jaké nároky budete v souvislosti s úrazem uplatňovat a vyplňte prosím příslušné oddíly formuláře, které se vztahují k uplatňovaným nárokům:

- | | | | |
|--|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> nezbytné léčení úrazu (denní odškodní); | <input type="checkbox"/> hospitalizace; | <input type="checkbox"/> invalidita; | <input type="checkbox"/> závažné onemocnění; |
| <input type="checkbox"/> chirurgický zákrok; | <input type="checkbox"/> pracovní neschopnost; | <input type="checkbox"/> trvalé následky úrazu; | <input type="checkbox"/> okamžité plnění. |

1. Nezbytné léčení úrazu

Doba léčení úrazu	Léčení úrazu trvalo od:	Uveďte dobu léčení úrazu od jejího počátku, až do ukončení. Do doby léčení úrazu se nezapočítává doba následné nebo rehabilitační péče. Doložte lékařské zprávy dokumentující celý průběh léčby.
	Léčení úrazu bylo ukončeno:	

2. Hospitalizace (pobyt v nemocnici)

Doba trvání hospitalizace	1. hospitalizace probíhala od:	Doložte prosím kopii propouštěcí zprávy z každé z hospitalizací.
	1. hospitalizace byla ukončena:	
	2. hospitalizace probíhala od:	
	2. hospitalizace byla ukončena:	
Název a adresa nemocnice		Uveďte název a adresu nemocnice nebo nemocnic, kde hospitalizace probíhala.
Pokračovala léčba v rehabilitačním zařízení? <input type="checkbox"/> Ano <input type="checkbox"/> Ne		Pokud léčba pokračovala v rehabilitačním zařízení, uveďte dobu trvání a doložte příslušnou lékařskou zprávu.
Léčení probíhalo od:		
Léčení bylo ukončeno:		

3. Pracovní neschopnost

Doba trvání pracovní neschopnosti	Pracovní neschopnost trvala od:	Uveďte datum počátku a konce trvání pracovní neschopnosti. Její důvodné trvání je nutné doložit lékařskými zprávami a potvrzením o pracovní neschopnosti.
	<input type="checkbox"/> Pracovní neschopnost dosud trvá	
	Pracovní neschopnost byla ukončena:	
Ekonomická činnost	<input type="checkbox"/> zaměstnanec na základě pracovní smlouvy;	Uveďte hlavní zdroj Vašich příjmů ke dni předcházejícímu dni vzniku pracovní neschopnosti. Pokud pojištěný v době vzniku pojistné události neměl příjmy z vlastní výdělečné činnosti, právo na plnění nevzniká.
	<input type="checkbox"/> samostatná výdělečná činnost;	
	<input type="checkbox"/> jiné: <input type="checkbox"/> mateřská dovolená <input type="checkbox"/> invalidní důchod	
	<input type="checkbox"/> starobní důchod <input type="checkbox"/> nezaměstnaný	
Od: <input type="text"/>		
Příjem pojištěného	Uveďte výši svého příjmu ke dni předcházejícímu vzniku pracovní neschopnosti. U zaměstnance uveďte průměrný hrubý měsíční příjem za poslední kalendářní čtvrtletí, u OSVČ obrát za poslední ukončené zdaňovací období. Výši Vašich příjmů můžeme chtít doložit.	
Došlo v souvislosti s pracovní neschopností ke ztrátě na výděлку? <input type="checkbox"/> Ano <input type="checkbox"/> Ne		

4. Invalidita

Datum vzniku invalidity	<input type="checkbox"/> Posudek nemohl být vystaven podle právních předpisů ČR.	Uveďte datum, které je dle posudku o invaliditě datem vzniku invalidity. Pokud posudek pojištěnému nemůže být vystaven podle právních předpisů ČR, uveďte tuto skutečnost.
Míra poklesu pracovní schopnosti	<input type="checkbox"/> 35 - 49% (1. stupeň); <input type="checkbox"/> 70% a více (3. stupeň); <input type="checkbox"/> 50 - 69% (2. stupeň); <input type="checkbox"/> nebylo určeno;	Míru poklesu pracovní schopnosti doložte posudkem lékaře OSSZ o invaliditě. Pokud měly na vznik invalidity vliv i jiné skutečnosti, např. jiné nemoci či úrazy, zašlete nám též lékařské zprávy, které se k nim vztahují.
Byla pojištěnému přiznána invalidita již v minulosti? <input type="checkbox"/> Ano <input type="checkbox"/> Ne	Stupeň invalidity: Invalidita trvala od: do:	Pokud ano, uveďte prosím, v jakém stupni, od kdy do kdy trvala a doložte kopii posudku o této invaliditě.

5. Trvalé následky úrazu

Jaké trvalé následky úraz zanechal?	Uveďte, jaké následky úraz zanechal, rozsah vzniklého postižení a doložte následky i jejich rozsah lékařskými zprávami nebo posudkem.
-------------------------------------	---

6. Závažná onemocnění

Název diagnózy

Uvedte název diagnózy podle příslušných pojistných podmínek, které vzniklo následkem oznamovaného úrazu.

4. Údaje o pojistném plnění

Číslo účtu, na který má být zasláno pojistné plnění

Uvedte číslo účtu, na který máme zaslat pojistné plnění. Pojistné plnění zasíláme na účty vedené v České republice. Za účelem naší ochrany Vás můžeme požádat o sdělení čísla účtu s ověřeným podpisem.

Majitel účtu:

5. Údaje o oznamovateli
Oznamovatel

- Pojištěný
- Zástupce pojištěného (přiložte plnou moc, rodný list dítěte nebo jiný dokument, prokazující zastoupení v rozsahu nezbytném pro uplatnění práva na plnění z pojištění)
- Jiná osoba s právním zájmem na plnění

Údaje o oznamovateli odlišném od pojištěného

Příjmení, jméno, titul

Rodné číslo

E-mail

Telefon

Adresa trvalého pobytu

Důvod právního zájmu

6. Prohlášení

Podpisem tohoto formuláře potvrzuji, že jsem údaje v tomto formuláři vyplnil/a úplně a správně a jsem si vědom/a následku uvedení vědomě nepravdivých nebo hrubě zkreslených podstatných údajů týkajících se vzniku nebo rozsahu oznámené události, včetně zamíčení údajů týkajících se této události, zejm. práva pojistitele na náhradu vzniklých nákladů a trestní odpovědnosti podle § 210 zák. 40/2009 Sb., trestního zákoníku. Beru na vědomí, že osobní údaje uvedené v tomto formuláři, včetně údajů o zdravotním stavu pojištěného, zpracovává pojistitel i bez souhlasu jejich subjektů, a to zejména za účelem určení právních nároků z uzavřené pojistné smlouvy, případně pro určení, výkon nebo obhajobu našich právních nároků. Informace o zpracování osobních údajů a právech subjektů údajů jsou uvedeny na www.youplus.cz.

- Já, níže podepsaný pojištěný (příp. zástupce pojištěného jeho jménem) podpisem tohoto dokumentu uděluji pojistiteli Youplus Insurance International AG, pobočka pro Českou republiku souhlas ve smyslu § 2828 zák. 89/2012 Sb., občanského zákoníku, aby v souvislosti se šetřením pojistné události, zjišťoval údaje o mém zdravotním stavu, nebo o příčině smrti, a za tímto účelem činil dotazy ohledně mého zdravotního stavu nebo příčiny smrti u příslušných lékařů a/nebo zdravotnických zařízení a žádal tyto lékaře a/nebo zdravotnická zařízení o poskytnutí zpráv, pořízení výpisů nebo opisů ze zdravotnické dokumentace vedené o mé osobě, popř. z jiných zápisů, které se vztahují k mému zdravotnímu stavu, a to i po mé smrti. Zároveň v souladu s § 51, odst. 2, písm. b) zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách zprostředkují příslušného lékaře a/nebo zdravotnické zařízení, kteří se dozvěděli skutečnosti o mém zdravotním stavu nebo příčinách smrti, aby pojistiteli na jeho žádost, v rozsahu výše uvedeného zproštění, poskytli požadované informace tak, jak jsou povinni je poskytovat pacientovi podle § 65 odst. 1 tohoto zákona.

Datum a podpis

Podpis:

Datum: