

Doručeno

|  |  |
|--|--|
|  |  |
|--|--|

|  |  |
|--|--|
|  |  |
|--|--|

Pro interní  
potřeby  
pojistitele

\_\_\_\_\_

1. Nárok na pojistné plnění za trvalé následky úrazu vzniká
  - v případech ukončení léčení, nastal-li ustálený stav
  - v případech, že ustálený stav ještě nenastal, po třech letech ode dne vzniku úrazu
  - nárok na pojistné plnění se promlčuje uplynutím 4 let ode dne vzniku pojistné události (tzn. že likvidační šetření musí být ukončeno v této lhůtě).
2. „Záznam ošetřujícího lékaře“ (viz. druhá strana) předložte k vyplnění svému ošetřujícímu lékaři, který má k dispozici lékařskou dokumentaci týkající se Vašeho úrazu.
3. **Vyplněný formulář spolu s fotokopii zdravotní dokumentace, včetně popisů RTG snímků, týkajících se Vašeho úrazu, zašlete na shora uvedenou adresu – úsek likvidace pojistných událostí osob.**
4. K případné lékařské prohlídce Vás vyzve odborný lékař pojišťovny, postupujte podle jeho pokynů, uvedených v předvolání k prohlídce.
5. Pojistné plnění za trvalé následky stanovuje po prošetření pojistitel ve smyslu příslušných pojistných podmínek pro úrazové pojištění.

|                                                                                                          |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |      |  |  |  |  |        |  |  |  |  |   |  |  |  |  |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|----------------|--|--|--|--|------|--|--|--|--|--------|--|--|--|--|---|--|--|--|--|
| Uveďte čísla všech pojistných smluv, ze kterých za oznamovaný úraz uplatňujete nárok na pojistné plnění: |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |      |  |  |  |  |        |  |  |  |  |   |  |  |  |  |
| 1.                                                                                                       |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 2.             |  |  |  |  |      |  |  |  |  | 3.     |  |  |  |  |   |  |  |  |  |
| Jméno pojištěného:                                                                                       |  |  |  |  |  |  |  |  |  | Rodné číslo:   |  |  |  |  |      |  |  |  |  |        |  |  |  |  | / |  |  |  |  |
| Bydliště:                                                                                                |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  | PSČ: |  |  |  |  |        |  |  |  |  |   |  |  |  |  |
| Telefon domů:                                                                                            |  |  |  |  |  |  |  |  |  | do zaměstnání: |  |  |  |  |      |  |  |  |  | Mobil: |  |  |  |  |   |  |  |  |  |

|                                   |  |        |    |       |                                                      |  |  |  |  |
|-----------------------------------|--|--------|----|-------|------------------------------------------------------|--|--|--|--|
| Pracovní zařazení v době úrazu:   |  |        |    |       |                                                      |  |  |  |  |
| Jste registrovaný sportovec?* ANO |  |        | NE |       | Pokud ano, uveďte ve kterém sportu a v jaké soutěži: |  |  |  |  |
| Jste:*                            |  | pravák |    | levák |                                                      |  |  |  |  |

|                                                         |        |
|---------------------------------------------------------|--------|
| K úrazu došlo dne:                                      | místo: |
| Popište, prosím, souvisle a podrobně jak k úrazu došlo: |        |
|                                                         |        |
|                                                         |        |
|                                                         |        |

Uplatňuji nárok na pojistné plnění za trvalé následky úrazu ze dne \_\_\_\_\_ a dokládám svou žádost vyjádřením ošetřujícího lékaře.

Prohlašuji, že všechny údaje uvedené v tomto oznámení nebo v informaci lékařům o mém úrazu jsem uvedl/a úplně a pravdivě a že jsem si vědom/a důsledku nepravdivých nebo neúplných údajů. Souhlasím s tím, aby pojistitel zjišťoval a přezkoumával můj fyzický i psychický zdravotní stav u všech lékařů a zdravotnických zařízení, u kterých jsem se léčil/a, léčím nebo se budu léčit. Tento souhlas uděluji za účelem vyřizování pojistných událostí s tím, že zmocňuji lékaře a zdravotnická zařízení k vyhotovení lékařských zpráv, provedení výpisu ze zdravotnické dokumentace nebo k jejímu zapůjčení pojistiteli, a proto zprošťuji povinnosti mlčenlivosti dotazované lékaře a pracovníky zdravotnických zařízení. Souhlasím též s tím, aby si pojistitel vyžádal kopii dokladu o pracovní neschopnosti a jiné informace nezbytné ke stanovení rozsahu pojistného plnění (od zaměstnavatele, správy sociálního zabezpečení, Policie ČR, obecní policie, soudu, obecního a městského úřadu apod.). Beru na vědomí, že pojistitel je z hlediska zákona č. 101/2000 Sb. o ochraně osobních údajů, v platném znění, správcem a zpracovatelem osobních údajů, včetně osobních údajů o mém zdravotním stavu. Souhlasím s tím, aby pojistitel tyto údaje o zdravotním stavu zpracovával po celou dobu trvání nároku z tohoto pojištění.

Plnění poukažte na účet: \_\_\_\_\_

V \_\_\_\_\_ dne \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ podpis pojištěného, zákonného zástupce

Prohlašuji, že jsem v souladu se zákonem č. 253/2008 Sb., o některých opatřeních proti legalizaci výnosů z trestné činnosti a financování terorismu, zaznamenal a ověřil identifikační údaje pojištěného, resp. jeho zástupce, z níže uvedeného průkazu totožnosti a ověřil shodu jeho podobý s wobrazením ve výše uvedeném průkazu totožnosti :

|                                   |                           |                                                      |                           |
|-----------------------------------|---------------------------|------------------------------------------------------|---------------------------|
| Jméno a příjmení příjemce plnění: |                           | Rodné číslo:                                         | Druh dokladu (OP/ŘP/pas): |
| Číslo dokladu:                    | Vydáno kým:               | Vydáno dne:                                          | Platnost do:              |
| Identifikaci provedl:             | Místo a den identifikace: | Razítko a podpis osoby, která provedla identifikaci: |                           |

# Zpráva ošetřujícího lékaře

|                                                                                                                                           |   |                                                   |                |          |   |    |  |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---|---------------------------------------------------|----------------|----------|---|----|--|
| 1. Jaké trvalé následky úraz ze dne                                                                                                       |   | zanechal? Nastaly zjištěné změny výlučně úrazem?* |                | ANO      |   | NE |  |
| Popis objektivních příznaků a přesný popis poruchy funkcí, těch částí lidského organismu, které byly úrazem postiženy:                    |   |                                                   |                |          |   |    |  |
|                                                                                                                                           |   |                                                   |                |          |   |    |  |
| a) omezení hybnosti kloubu – který kloub byl postižen?                                                                                    |   |                                                   |                |          |   |    |  |
| Vyjádřete, prosím, omezení ve stupních a vyplňte i pro zdravý párový kloub (vyplní odborný lékař – ortoped, chirurg, rehabilitační lékař) |   |                                                   |                |          |   |    |  |
| flexe                                                                                                                                     | L | P                                                 | extenze        | L        | P |    |  |
| zevní rotace                                                                                                                              | L | P                                                 | vnitřní rotace | L        | P |    |  |
| abdukce                                                                                                                                   | L | P                                                 | addukce        | L        | P |    |  |
| pronace                                                                                                                                   | L | P                                                 | supinace       | L        | P |    |  |
| Při poranění kloubů ruky uveďte nedovření do dlaně v cm                                                                                   |   |                                                   |                |          |   |    |  |
| Jiné údaje:                                                                                                                               |   |                                                   |                |          |   |    |  |
| b) v případě jizev uveďte jejich přesnou lokalizaci, délku či plochu, tvar a charakter:*                                                  |   |                                                   |                |          |   |    |  |
| normální                                                                                                                                  |   | hypertroická                                      |                | keloidní |   |    |  |
| v případě plošných jizev u klienta uveďte současně: váha kg výška cm                                                                      |   |                                                   |                |          |   |    |  |
| c) ostatní trvalé následky:                                                                                                               |   |                                                   |                |          |   |    |  |
|                                                                                                                                           |   |                                                   |                |          |   |    |  |

|                                                                                                                                                         |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 2. Mají vliv na celkový rozsah trvalých následků choroby s úrazem nesouvisející? Když ano, tak jaké? (např. diabetes mellitus, hemat. onemocnění apod.) |
|                                                                                                                                                         |

|                                                                                          |
|------------------------------------------------------------------------------------------|
| 3. Byla poraněná končetina nebo orgán již před úrazem postižen/a? Kdy a v jakém rozsahu: |
|                                                                                          |

|                                                                   |
|-------------------------------------------------------------------|
| 4. Je skončeno léčení úrazu a je současný zdravotní stav ustálen? |
| Když ne, tak uveďte diagnózu:                                     |

|                                                   |
|---------------------------------------------------|
| 5. Ostatní zdravotní sdělení ošetřujícího lékaře: |
|                                                   |

|                                                                                                                                              |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 6. V nezbytných případech prosíme o spolupráci při zapůjčení RTG snímků pro potřeby posouzení trvalých následků odborným lékařem pojišťovny. |
| Poskytněte, prosím, klientovi fotokopie posledních odborných nálezů, aby nám je mohl odeslat společně s tímto formulářem.                    |

|                   |                                                                         |
|-------------------|-------------------------------------------------------------------------|
| V _____ dne _____ | razítko a podpis ošetřujícího lékaře<br>adresa zdrav. zařízení, telefon |
|-------------------|-------------------------------------------------------------------------|

\* Pozn.: platnou variantu označte křížkem X v rámečku umístěném vpravo od správné varianty