

Česká podnikatelská pojišťovna, a.s., Vienna Insurance Group
 Budějovická 5, 140 21 Praha 4, IČ: 63998530, telefon: 841 444 555

OZNÁMENÍ TRVALÝCH NÁSLEDKŮ ÚRAZU

Upozornění a pokyny pro pojištěného:

- Nárok na pojistné plnění za trvalé následky úrazu je možné uplatnit
 - nejdříve po šesti měsících od úrazu, pokud jsou následky úrazu ustálené
 - v případě, kdy nedojde k jejich ustálení, je možné na požádání poskytnout zálohu na pojistné plnění, pokud je již znám alespoň minimální rozsah trvalých následků
- V případě pojistné události dítěte, které je připojištěno smlouvou dospělé osoby, doložte kopii **rodného listu** pojištěného dítěte popř. rozhodnutí soudu o osvojení či rozhodnutí soudu o přidělení dítěte do péče prvnímu pojištěnému jako poručníkovi.
- Zprávu lékaře (viz níže) předložte k vyplnění odbornému lékaři, který má k dispozici lékařskou dokumentaci, týkající se Vašeho úrazu. Za vyplnění uhradíte lékaři požadovaný honorář. Doklad o zaplacení za vyplnění tohoto formuláře Vám bude proplacen do výše 200,- Kč. Předložte jej pojistiteli spolu s ostatními doklady o účelně vynaložených nákladech (doprava veřejnými dopravními prostředky).
- Vyplněný formulář zašlete na shora uvedenou adresu, na úsek životního pojištění.

Čísla všech smluv, ze kterých uplatňujete pojistné plnění:

Jméno a příjmení pojištěného:

Rodné číslo:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Adresa bydliště:

Telefon:

Prohlášení pojištěného.

Souhlasím, aby Česká podnikatelská pojišťovna, a.s., Vienna Insurance Group (dále jen „pojistitel“) zjišťovala pro potřebu šetření pojistné události můj zdravotní stav (pojištěného) a přezkoumávala ho u všech lékařů a zdravotnických zařízení, u kterých jsem se dosud léčil, léčím nebo se budu léčit. Opravňuji dotazované lékaře, zdravotnická zařízení a zdravotní pojišťovny tyto informace výše uvedenému pojistiteli poskytnout

Plnění poukažte na adresu:

na účet:

V dne.....

podpis pojištěného (příp. zákonného zástupce)

ZPRÁVA LÉKAŘE

Informace pro lékaře:

Prosíme o čitelné vyplnění všech údajů. Pokud na níže uvedené dotazy odpovídáte ano nebo ne, označte odpověď křížkem.

Nestačí-li pro požadované údaje místo v předtištěných rubrikách, uveďte je na samostatném listu v příloze.

1. Údaje o úrazu

Datum úrazu: Místo úrazu:

Popis úrazového děje, jak je uvedl pojištěný:

Kdy došlo k prvnímu ošetření (uvedte datum, název a adresu zdravotnického zařízení a jméno lékaře):

Diagnóza tělesného poškození způsobeného úrazem včetně kódu diagnózy podle MKN – 10:


2. Anamnéza pojištěného před úrazem

Bylo tělesné poškození způsobeno výlučně uvedeným úrazem? Ano Ne

Pokud ano, uveďte jaké zdravotní potíže se podílely na jeho vzniku:

Byla poraněná část těla již před úrazem postižena? Ano Ne

Pokud ano, uveďte jak a v jakém rozsahu:

Trpí pojištěný některou ze závažnějších nemocí (např. epilepsie, cukrovka, onemocnění pohybového ústrojí)? <input type="checkbox"/> Ano <input type="checkbox"/> Ne		
Pokud ano, uveďte jakou a odkdy:		
Utrpěl pojištěný před tímto úrazem jiný úraz? <input type="checkbox"/> Ano <input type="checkbox"/> Ne		
Pokud ano, uveďte rok vzniku úrazu, diagnózu, jak byl úraz léčen a jaké následky zanechal:		
3. Léčení úrazu:		
Popište způsob léčení (u zlomenin, vymknutí a podvrtnutí udejte dobu pevné fixace):		
Kde a kdy byl poraněný hospitalizován?	Od:	Do:
Operace (operační nález – přiložte prosím kopii operačního protokolu):		
Kde byl poraněný léčen? Uveďte název zdravotnických zařízení, jména lékařů a datum od – do:		
Je plánováno další léčení? Uveďte jaké (např. odstranění osteosyntetického materiálu, plastika vazů, rehabilitace):		
Je léčení skončeno? <input type="checkbox"/> Ano <input type="checkbox"/> Ne		
Zanechal-li úraz trvalé následky, jsou ustáleny? <input type="checkbox"/> Ano <input type="checkbox"/> Ne		
Pokud nejsou ustáleny, uveďte důvod:		
4. Zjištěné trvalé následky úrazu:		
Subjektivní potíže udávané pojištěným:		
Objektivní nález (u jizev uveďte jejich podrobný popis – délku v cm, plochu v cm ² nebo zakreslete na obrázku):		
.....		
Při poranění končetin uveďte:		
stupeň poruchy (lehký, střední, těžký) omezení hybnosti (rozsah ve stupních), hypotrofii svalstva, srovnání s druhou končetinou, stabilitu kloubu		
HK - při poruše úchopové funkce: kolik cm chybí do úplného sevření, nemožnost natažení, při ztrátových poranění – přesný popis (např. ztráta článku z kostí, bez kosti, polovina článku prstu)		
DK – délku obou končetin, menisektomii (částečnou, úplnou)		
PHK	LHK	
PDK	LDK	
Pojištěný je pravák nebo levák? <input type="checkbox"/> Ano <input type="checkbox"/> Ne		
Byl pojištěnému přiznán nejvyšší stupeň invalidity? Pokud ano, datum přiznání: <input type="checkbox"/> Ano <input type="checkbox"/> Ne		
Datum:	Razítko a podpis lékaře: Adresa zdrav. zařízení, telefon:	

ČPP upozorňuje, že ten, kdo při uplatnění nároku na plnění z pojistné smlouvy uvede nepravdivé nebo hrubě zkrleslé údaje nebo podstatné údaje zamlčí, vystavuje se možnosti postihu podle trestního zákona.