



Česká pojišťovna a.s., Spálená 75/16, 113 04 Praha 1, IČ 45272956, zapsána v Obchodním rejstříku u Městského soudu v Praze oddíl B, vložka 1464

Číslo pojistné události

České pojišťovně a.s. v

Presentační razítko a podpis

Důležité pokyny pro osobu uplatňující nároky:

1. Vyplňte pečlivě silně orámovanou část slovy (neproškrťvejte). Bez úplného vyplnění včetně podpisu pojištěného (zraněného) nebo jeho zákonného zástupce nelze pojistnou událost vyřídit. Nestačí-li místo na požadované údaje, uveďte je zvlášť v příloze.
2. Druhou část tohoto oznámení předložte svému lékaři. Za vyplnění uhradíte jím účtovaný honorář, neboť jde o zdravotní výkon, který nesleduje léčebný účel a je proveden na Vaši žádost a ve Vašem osobním zájmu. Česká pojišťovna a.s. se Vám bude podílet na jeho úhradě.
3. Je-li sjednáno připojištění denního plnění při hospitalizaci následkem úrazu, je nutno k tomuto oznámení přiložit propuštěcí zprávu z nemocnice.
4. U políček s možností volby hodící se zakroužkujte a nehodící se přeškrtněte křížkem.

Prosíme, uveďte čísla všech pojistných smluv, kterými jste u ČP a.s. pojištěn pro případ úrazu :

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Pokud k úrazu došlo v rámci činnosti organizace, na kterou bylo úrazově pojištění sjednáno, nutno potvrdit.

Razítko a podpis pověř. pracovníka, funkce

Zde uveďte všechna místa organizačních útvarů ČP a.s., u nichž jsou Vaše pojištění vedena. (Vyplněný tiskopis zašlete pouze jednomu z nich)
Předání tiskopisu za účelem likvidace si zajistí jednotlivé organizační útvary ČP a.s. mezi sebou samy.

Příjmení a jméno zraněného

Předchozí příjmení

Rodné číslo

Trvalé bydliště

PSČ

Přechodné bydliště

PSČ

Telefon vč. předvolby

Zdravotní pojišťovna č.

Povolání v době úrazu

Bližší popis pracovní činnosti

Adresa zaměstnavatele

Telefon

Současné povolání je shodné?

ANO NE

Pokud selíší od předchozího, uveďte současné povolání

Bližší popis pracovní činnosti

Adresa zaměstnavatele

Telefon

K úrazu došlo dne

v

hod., v místě (obec)

ve státě

Uveďte souvisle a podrobně činnost a okolnosti, za kterých k úrazu došlo

Která část těla byla poraněna?

Byla tato část těla postižena již před úrazem?

ANO NE

U končetin a párových orgánů označte kroužkem poraněnou stranu

PRAVÁ

LEVÁ

Zraněný je

PRAVÁK

LEVÁK

Adresa zdravotnického zařízení:

a) které Vám poskytlo první ošetření

Kdy? datum

hodina

jméno lékaře

b) ve kterém byl Váš úraz déle léčen

v období

jméno lékaře

v období

jméno lékaře

Jméno a adresa současného praktického lékaře, u kterého máte kompletní zdravotní dokumentaci

Došlo k úrazu při výkonu povolání? (u zaměstnanců)

ANO

NE

Byl sepsán záznam o pracovním úrazu?

ANO

NE

Došlo k úrazu při výkonu Vaší podnikatelské činnosti?

ANO

NE

Byl úraz uznán jako pracovní?

ANO

NE

Byl jste v době, kdy došlo k úrazu aktivním sportovcem?

ANO

NE

Pro jaký druh sportu?

Byl jste pro tento sport registrován v nějaké organizaci?

ANO

NE

V jaké soutěži?

Název organizace

Jste v současné době aktivním sportovcem?

ANO

NE

Pro jaký druh sportu?

Jste pro tento sport registrován v nějaké organizaci?

ANO

NE

V jaké soutěži?

Název organizace

Vyplňte jen v případech, jde-li o úraz osob dopravovaných motorovým vozidlem

SPZ

Počet sedadel

Jméno a adresa řidiče

Jméno a adresa vlastníka motorového vozidla

Počet dopravovaných osob

Jména a adresy spolujezdců

Bylo-li sjednáno u ČP a.s. úrazové pojištění osob dopravovaných motorovým vozidlem uveďte:

číslo smlouvy

Na kterém organizačním útvaru ČP a.s. je toto pojištění vedeno?

Jednalo se o vozidlo taxislužby nebo autoškoly?

ANO

NE

Jméno a adresa svědků úrazu

Byly okolnosti úrazu vyšetřovány?

ANO

NE

(orgán, adresa:)

Pojistné plnění poukáže na účet č.

varibilní symbol

kód banky

nebo na adresu

Prohlášení : Prohlašuji, že jsem všechny otázky zodpověděl/a pravdivě a úplně, že jsem k hlášenému úrazu vyplnil/a pro Českou pojišťovnu a.s. (dále jen pojistitel) pouze toto jedno oznámení a že jsem si vědom/a důsledků nesprávných odpovědí na povinnost pojistovny plnit. Souhlasím, aby si pojistitel vyžádal veškerou potřebnou zdravotní dokumentaci o mém zdravotním stavu pro potřeby šetření úrazových pojistných událostí. Tento souhlas uděluji za účelem vyřizování pojistných událostí, případě i na dobu po mé smrti a dále zmocňuji lékaře, zdravotnická zařízení a zařízení poskytující zdravotní péči k vyhotovení lékařských zpráv, výpisu ze zdravotnické dokumentace či k jejich zapůjčení.

Ve smyslu zákona č. 20/1966 Sb., péči o zdraví lidu, ve znění předpisů pozdějších a Všeobecných pojistných podmínek pro úrazové pojištění, zmocňuji pojistitele k získání informací shromážděných ve zdravotnické dokumentaci vedené o mé osobě, potřebných k posouzení mých nároků na pojistné plnění z úrazového pojištění.

Tímto zprošťuji od povinnosti zachovávat mlčenlivost lékařů, zdravotnická zařízení a zařízení poskytující zdravotní péči, které pojistitel požádá o uvedené informace a souhlasím, aby pojistitel v případě potřeby ověřoval mé pobírání platného invalidního důchodu.

Pojistitel zpracovává ve smyslu zákona č. 101/2000 Sb., o ochraně osobních údajů, v platném znění (dál jen "zákon") mé osobní údaje v souladu s tímto zákonem. Souhlasím proto s tím, aby mé osobní údaje byly zpracovány pojistitelem v rámci činnosti v pojišťovnictví a činnosti související s pojišťovnictvím a zajišťovací činností podle ustanovení §§ 1 a 2 zákona č. 363/1999 Sb., o pojišťovnictví, ve znění předpisů pozdějších, a to po dobu nezbytnou k zajištění všech práv a povinností plynoucích ze závazkového vztahu.

V

dne

Podpis zraněného (nebo jeho zástupce)



Upozornění: Prosíme vyplňte čitelně, nejlépe strojem, případně nehodící se šrtněte křížkem.

Kdy a kde došlo (podle zdrav. dokumentace) k prvnímu lékařskému ošetření

Datum a hodina

Kód zdravotní pojišťovny

Jméno lékaře a adresa zdrav. zařízení

Co udal poraněný při prvním ošetření jako příčinu úrazu?

Zevrubný popis tělesného poškození způsobeného úrazem s určením jeho rozsahu nebo stupně

RTG provedeno:

Kdy

Kde

Přesný popis RTG:

Diagnóza vlastního zranění s uvedením stupně a rozsahu poškození

Dg. dle MKN 10:

Způsob léčení (včetně druhu a délky fixace)

Operace: datum

Kde byl poraněný hospitalizován?

Od kdy?

Do kdy?

Od kdy?

Do kdy?

Rehabilitace prováděna z důvodu

Kde? (adresa)

Způsob RHB léčby

Délka RHB léčby

1. Od

Do

2. Od

Do

Kolikrát týdně

Pravidelně po celou dobu RHB?

ANO

NE

Datum ustálení zdravotního stavu v průběhu RHB

Nepravidelně od

Došlo-li k dalším komplikacím: (např. k hnisání), uveďte

O jaké komplikace se jednalo

Datum jejich vzniku

Způsob léčení komplikací

Datum ukončení komplikací

Celková doba léčení včetně komplikací: Od

Do

Doba vystavené PN: Od

Do

Doba, na kterou by byla PN vystavena u osob, kterým se PN nevystavuje:

Od

Do

Pokud nebyla PN vystavena, sdělte důvod

Byla poraněná část těla již před úrazem postižena?

ANO

NE

Jakým způsobem?

Jiné poruchy zdraví před úrazem a jejich souvislos s úrazem

Došlo k úrazu následkem požití alkoholu nebo návykových látek?

ANO

NE

Byl za tímto účelem proveden odběr krve?

ANO

NE

Jiná zkouška, test?

V krvi bylo zjištěno

% alkoholu.

O jaký druh návykové látky pravděpodobně šlo?

Jaké byly příznaky?

Bylo příčinou úrazu úmyslné sebepoškození?

ANO

NE

Předpokládáte, že úraz zanechá trvalé následky?

ANO

NE

Jakého pravděpodobného rozsahu?

Poraněný je

PRAVÁK

LEVÁK

Jiné zdravotní sdělení lékaře

V

dne

Razítko, podpis lékaře

Adresa zdravotnického zařízení

Telefon

Poznámky: