

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
- 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.


| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| Číslo všech smluv, ze kterých uplatňujete pojistné plnění: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Jméno a příjmení pojištěného: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Rodné číslo: | <table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> </table> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Adresa bydliště: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Telefon: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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 (uveďte 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? | <input type="checkbox"/> Ano <input type="checkbox"/> Ne |
| Pokud ano, uveďte jaké zdravotní potíže se podílely na jeho vzniku: | |
| Byla poraněná část těla již před úrazem postižena? | <input type="checkbox"/> Ano <input type="checkbox"/> 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): | | |
| <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> | |  |
| 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 kostí, polovina článku prstu) | | |
| DK – délku obou končetin, menisektomii (částečnou, úplnou) | | |
| PHK | LHK | |
| PDK | LDK | |
| Datum: | | |
| Razítko a podpis lékaře: | | |
| Adresa zdrav. zařízení, telefon: | | |