



HLÁŠENÍ úrazu

Úrazové pojištění resp. připojištění

Připojištění dětských zlomenin

Upozornění a pokyny pro pojištěného (zákonného zástupce):

- Právo na pojistné plnění podle ujednání pojistné smlouvy vzniká:
 - za dobu léčení úrazu (denní odškodné), trvá-li léčení déle než je stanovená karenční doba v pojistné smlouvě (např. 9 dnů, 14 dnů, 21 dnů nebo 28 dnů),
 - za dětské zlomeniny způsobené jedním úrazovým dějem. Pokud je sjednáno souběžně i denní odškodné, pojistitel vyplatí pouze jedno, a to vyšší z obou pojistných plnění.
- Vyplňte všechna čísla pojištěných, kterými jste pojištěn(a) pro případ úrazu u České podnikatelské pojišťovny, a.s., Vienna Insurance Group. Bez uvedení čísel pojištěných a podpisu pojištěného (zákonného zástupce) nelze pojistnou událost vyřídit.
- Ke každému úrazu vyplňte pouze jedno oznámení úrazu.
- 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 prvním pojištěnému jako poručníkovi.
- Zprávu ošetřujícího lékaře** (viz. 3. strana tohoto oznámení) předložte k vyplnění lékaři, který má k dispozici lékařskou dokumentaci, týkající se Vašeho úrazu. Za vyplnění uhradíte ošetřujícímu 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.
- Pokud nestačí pro požadované údaje místo v předtištěných rubrikách, použijte samostatného papíru jako přílohy.

Počet příloh:

Čísla pojistných smluv:

POJIŠTĚNÝ:

Jméno a příjmení pojištěného:

Rodné číslo:

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

Adresa:

Telefon:

ZÁKONNÝ ZÁSTUPCE: (je-li pojištěný nezletilý)

Jméno a příjmení:

Rodné číslo:

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

Adresa:

Telefon:

ÚDAJE O ÚRAZU:

Datum úrazu: Čas: Místo úrazu:

Podrobný popis průběhu a okolností úrazu:

.....

.....

Poraněná část těla: Byla postižena již před úrazem? ano ne*

Vaše zdravotní pojišťovna:

Jméno, adresa Vašeho praktického lékaře:

.....

* nehodící se škrtněte

Adresa zdravotnického zařízení:

a) ve kterém Vám bylo poskytnuto první ošetření úrazu:

..... Kdy:

b) ve kterém byl Váš úraz léčen:

Došlo k úrazu při výkonu povolání? ano ne* Jestliže ano, uveďte pracoviště, kde došlo k úrazu a činnost, kterou jste právě vykonával(a):

Jste registrovaný sportovec? ano ne* Pokud ano, pro který sport?

V jaké soutěži?

Stal se úraz při sportovní nebo tělovýchovné činnosti? ano ne* Pokud ano, uveďte, zda byla organizována a kým?

Při úrazu osob dopravovaných motorovým vozidlem uveďte SPZ: počet sedadel:

počet dopravovaných osob:

jméno, adresu vlastníka vozidla:

jméno, adresu řidiče:

jména, adresy spolujezdců:

.....
která z osob byla zraněna:

Jména svědků úrazu (včetně adresy):

.....
Kdo případ vyšetřoval (včetně adresy):

Vyjádření právnické osoby, která sjednala pojištění ve prospěch fyzické osoby:

Došlo k úrazu při pojištěné činnosti (pracovní, zájmové, sportovní, odborné apod.)? ano ne*

.....
razítko a podpis právnické osoby

PROHLÁŠENÍ

Prohlašuji, že jsem na všechny dotazy odpověděl(a) pravdivě a úplně a že k výše uvedenému úrazu a pojištění jsem vyplnil(a) pouze toto oznámení. Jsem si vědom(a) důsledků nesprávných odpovědí na povinnost pojišťovny plnit. Souhlasím, aby Česká podnikatelská pojišťovna, a.s., Vienna Insurance Group (dále jen „pojišťovna“) zjišťovala pro potřebu šetření pojistné události můj zdravotní stav 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. V souladu s ustanovením § 5 odst. 5 a § 9 písm. a) zákona č. 101/2000 Sb., o ochraně osobních údajů a o změně některých zákonů v platném znění (dále jen „zákon“), souhlasím se zpracováním a využitím mých osobních a citlivých údajů o zdravotním stavu. Tento souhlas dávám ve prospěch pojistitele, a to v rámci jeho činnosti v pojišťovnictví po dobu nezbytně nutnou k zajištění výkonu práva a plnění povinností plynoucích z pojistné smlouvy. Informace o zpracovávaných osobních a citlivých údajích bude poskytována v souladu s § 12 zákona a ochrana práv subjektu údajů bude zabezpečena v souladu s § 21 zákona.

Pojistné plnění poukažte:

- na adresu:

- na účet: kód banky:

V dne

.....
podpis pojištěného
(zákonného zástupce – je-li pojištěný nezletilý)

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

* nehodící se škrtněte

T.č. PU 04 (NV 06/2012)

ZPRÁVA OŠETŘUJÍCÍHO LÉKAŘE

Upozornění pro lékaře:

- Odměnu za vyplnění tohoto tiskopisu Vám uhradí pojištěný (oprávněný), kterému její přijetí potvrďte stvrzenkou.
- Prosíme o **čitelné** vyplnění všech údajů.
- Přílože** kopie lékařských zpráv z průběhu léčení včetně propouštěcích zpráv z hospitalizací, případně i operační protokoly (ASK vyšetření).
- Pokud nestačí pro požadované údaje místo v předtištěných rubrikách, použijte samostatného papíru jako přílohy.

Počet příloh:

Ošetřující lékař potvrzuje, že ošetřoval pojištěného, který je uveden v tomto oznámení a zjistil tělesná poškození a zdravotní újmy tohoto druhu a rozsahu:

Kdy došlo (podle zdravotní dokumentace) k prvnímu lékařskému ošetření? Dne				v hod.
Diagnóza vlastního zranění/nemoci (česky):				
Kód diagnózy podle MKN – 10:				
Co udal pacient při prvním ošetření úrazu?				
RTG, CT, MR nález s popisem: Adresa pracoviště, kde byl RTG, CT, MR pořízen:				
Odpovídá ošetřované onemocnění/tělesné poškození a jeho rozsah ději, jak je uveden v tomto oznámení? ano ne*				
Je v příčinné souvislosti s nějakým dřívějším onemocněním nebo úrazem? Se kterým?				
Popis poranění:				
Způsob a druh ošetření, podrobně popište (u rehabilitace udejte výsledky, jak často a dlouho byla prováděna):				
Kde byl poraněný hospitalizován?	od:		do:	
Fixace	od:		do:	
Rehabilitace	od:		do:	
Operace (operační nález):				
Došlo-li k prodloužení doby léčení v důsledku komplikací, uveďte o jaké komplikace šlo:				
Uveďte datum, kdy došlo k ustálení zdravotního stavu bez dalšího funkčního zlepšení:				
Celková doba léčení následků úrazu trvala	od:		do:	
Doba pracovní neschopnosti trvala	od:		včetně do:	
Byly poraněné části těla nebo orgány již před úrazem poškozeny?	ano	ne*	Pokud ano, uveďte jak a v jakém rozsahu:	
Vycházky povoleny ANO/NE*; kolikrát týdně:	od:		hodin – do:	hodin
Došlo k úrazu následkem požití alkoholu nebo návykových látek?	ano	ne*	V krvi bylo zjištěno	%.
Do jaké míry požitý alkohol nebo návyková látka ovlivnily chování pojištěného?				
Bylo příčinou úrazu úmyslné sebepoškození?	ano	ne*		
Byl pojištěnému přiznán nejvyšší stupeň invalidity?	ano	ne*	Pokud ano, datum přiznání:	
Pojištěný je pravák nebo levák?	Pravák: ano		Levák: ano*	
Předpokládáte, že úraz zanechá trvalé následky?	ano	ne*	Pokud ano, uveďte jakého pravděpodobného druhu a rozsahu:	
Jiné sdělení lékaře:				
V dne				
razítko a podpis lékaře				

* nehodící se škrtněte

T.č. PU 04 (NV 06/2012)