



Číslo pojistné události

České pojišťovně a.s. v

Prezentační razítko a podpis

Důležité pokyny pro osobu uplatňující nároky:

1. Vyplňte pečlivě silně orámovanou část **slovy (neproškrtnějte)**. 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 propouštěcí 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 úrazové 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

PSC

Přechodné bydliště

PSC

Telefon vč. předvolby

Zdravotní pojišťovna č.

Povolání **v době úrazu**

Bližší popis pracovní činnosti

Adresa zaměstnavatele

Telefon

Současné povolání je **shodné?**

ANO NE

Pokud se liší 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 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 **dále** 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

Vyplněte 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

Jména a adresy svědků úrazu

Byly okolnosti úrazu vyšetřovány?

 ANO NE

(orgán, adresa:)

Pojistné plnění poukažte na účet č.

variabilní 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 ČP) pouze toto jedno oznámení a že jsem si vědom/a důsledků nesprávných odpovědí na povinnost pojišťovny plnit. Souhlasím, aby si ČP vyžádala veškerou potřebnou zdravotní dokumentaci o mém léčení a zdravotním stavu pro potřeby šetření pojistné události.

Tento souhlas uděluji za účelem vyřizování pojistné události, případně 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.

Tímto zprošťuji od povinnosti zachovávat mlčenlivost lékaře, zdravotnická zařízení a zařízení poskytující zdravotní péči, které ČP požádá o uvedené informace.

Souhlasím aby ČP v případě potřeby ověřovala pobírání plného invalidního důchodu.

Souhlasím s tím, aby ČP zpracovávala ve smyslu zákona č. 101/2000 Sb., o ochraně osobních údajů (dále jen "záklon"), mé osobní údaje.

Souhlasím s tím, aby mé osobní údaje byly zpracovány ČP v rámci činnosti v pojišťovnictví a činnosti související s pojišťovací a zajišťovací činností podle ustanovení § 1 a § 2 zák. č. 363/1999 Sb., o pojišťovnictví, ve znění předpisů pozdějších, a to po dobu nezbytně nutnou k zajištění práv a povinností plynoucích ze závazkového vztahu.

Dále souhlasím s tím, aby mé osobní údaje byly poskytnuty i ostatním subjektům podnikajícím v oblasti pojišťovnictví, bankovníctví a jiných peněžních služeb a asociacím těchto subjektů.

Ve smyslu ustanovení § 27 zákona souhlasím s předáváním mých osobních údajů do jiných států.

Poskytnuté údaje bude zpracovávat ČP nebo zpracovatel registrovaný v souladu s ustanovením § 16 zákona Úřadem pro ochranu osobních údajů.

Prohlašuji, že jsem byl/a ve smyslu ustanovení § 11 zákona řádně informován/a o zpracování mých osobních údajů, svých právech a povinnostech zpracovatelů údajů.

V

dne

Podpis zraněného (nebo jeho zákonného zástupce)



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

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

Datum

hodina

Jméno lékaře

Adresa zdrav. zařízení

Co udal poraněný **při prvním ošetření** jako příčinu úrazu?

Zevrubný popis tělesného poškození způsobeného úrazem **s určením jeho rozsahu či stupně**

RTG provedeno:

Kdy

Kde

Přesný popis RTG

Diagnóza vlastního zranění s uvedením stupně a rozsahu poškození

Způsob léčení (včetně druhu a délky fixace)

Operace: datum

popis zákroku – jeho rozsah a způsob provedení

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?

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 souvislost 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: