



Hlášení trvalých následků úrazu (trvalého poškození)

Bylo-li sjednáno úrazové pojištění trvalých následků, vyplňte tuto stranu tiskopisu. V případě, že byla v důsledku úrazu provedena operace, doložte současně kopii operačního protokolu (propouštěcí zprávy z hospitalizace).

Číslo všech pojistných smluv, ze kterých je uplatňován nárok na pojistné plnění

Č: Č: Č:

Číslo pojistných udalostí, ke ktorým sa vzťahuje hlásenie trvalého poškodení (bolo-li již hláseno poisťiteľi)

Č. Č. Č.

Příjmení a jméno, titul	Vztah k pojištěnému	Rodné číslo
Adresa hlášeitele : Ulice a číslo popisné, obec	PŠČ	Telefon domů

Příjmení a jméno, titul		Rodné číslo
Adresa pojištěného : Ulice a číslo popisné, obec	PSČ	Telefon domů
Jméno a adresa zákonného zástupce (uvádějte vždy v případě nezletilého pojištěného) : Ulice a číslo popisné, obec	PSČ	Telefon do zaměstnání
Adresa zaměstnavatele k datu úrazu : Název firmy, ulice a číslo popisné, obec	PSČ	Povolání, popř. druh podnikání k datu úrazu

Kdy došlo k úrazu? Dne v hod.	Kde došlo k úrazu?	Jedná se o pracovní úraz? Pokud ANO doložte záznam o pracovním úrazu. ANO ☐ NE ☐	
Uveďte podrobně, jak k úrazu došlo.		Popište vaše současné subjektivní potíže.	
Která část těla byla postižena?	Byla poraněná část těla již před úrazem postižena? ANO ☐ NE ☐		
Došlo k úrazu při dopravní nehodě? ANO ☐ NE ☐	Pokud ANO, kdo dopravní nehodu zavinil?	Pokud ANO, kdo dopravní nehodu vyšetřoval? (sdělte adresu policie a pokud vlastníte protokol o šetření,doložte)	

Došlo k úrazu při organizované sportovní činnosti? Pokud ANO, při jaké?	Uvedte název a adresu pořádající organizace nebo tělovýchovné jednoty:	
Jaké sporty jste provozoval do doby úrazu a v jakých soutěžích?	Jste registrován u některé sportovní organizace? Pokud ANO, u jaké?	
Máte uzavřenou profesionální smlouvu o sportovní činnosti? ANO ☐ NE ☐	Pokud ANO, v jakém sportu?	
Jméno a adresa lékaře a zařízení, které poskytlo první ošetření:		Kdy:
Kde jste se dále léčil:	Jméno a adresa Vašeho praktického lékaře:	

Výplata pojistného plnění

Plnění poukáže na účet u peněžního ústavu: ☐	Číslo účtu	Kód banky	Specifický symbol	Variabilní symbol
Ulice a číslo popisné, obec: ☐				☐ adresa totožná s adresou pojištěného

Prohlášení

Pojištěného nebo zákonného zástupce (je-li pojištěný nezletilý):

Prohlašuji, že všechny mé odpovědi na písemně položené dotazy pojistitele uvedené v tomto tiskopisu jsou pravdivé a úplné a jsem si vědom důsledků nepravdivých odpovědí na povinnost pojistitele plnit. V souladu se zákonem č. 101/2000 Sb., o ochraně osobních údajů a o změně některých zákonů, ve znění pozdějších předpisů (dále jen „zákon“), souhlasím, aby mé osobní údaje, včetně údajů o mém zdravotním stavu, (resp. údaje týkající se nezletilého, jehož jsem zákonným zástupcem (dále jen „nezletilý“), včetně údajů o jeho zdravotním stavu) byly pojistitelem zpracovány v rámci činnosti v pojišťovnictví a činnosti související s pojišťovací činností podle zákona č. 363/1999 Sb., o pojišťovnictví a o změně některých souvisejících zákonů, ve znění pozdějších předpisů, a to po dobu nezbytně nutnou k zajištění práv a povinností plynoucích ze závazkového vztahu. Ve smyslu zákona č. 133/2000 Sb., o evidenci obyvatel a o rodných číslech a o změně některých zákonů, ve znění pozdějších předpisů, souhlasím s tím, aby ve stejném rozsahu, za stejným účelem a po stejnou dobu jako ostatní osobní údaje bylo využíváno rodné číslo, jehož jsem nositelem (resp. jehož nositelem je nezletilý). Prohlašuji, že jsem byl v souladu se zákonem řádně informován o zpracování mých osobních údajů (resp. údajů týkajících se nezletilého), o svých právech a o povinnostech zpracovatelů údajů. Souhlasím s předáváním mých osobních údajů (resp. údajů týkajících se nezletilého) do jiných států, a to ve smyslu §27 zákona. Veškeré poskytnuté údaje bude zpracovávat pojistitel nebo zpracovatel registrovaný v souladu s ust. § 16 zákona Úřadem pro ochranu osobních údajů. Dále zmocňuji pojistitele, aby si pro potřebu šetření pojistné události vyžadoval veškeré informace a potřebnou zdravotní dokumentaci o mém zdravotním stavu a léčení (resp. zdravotním stavu a léčení nezletilého) a zavazuji se tuto zdravotní dokumentaci pro pojistitele zajistit. Zároveň žádám a opravňuji tímto všechny dotazované ošetřující lékaře, ústavy a zdravotnická zařízení o uvedení přesné diagnózy choroby, či přesný popis operace. Na důkaz svého souhlasu s výše uvedením zmocněním připojuji k tomuto prohlášení svůj podpis. Tímto zároveň lékaře, ústavy a zdravotnická zařízení, které pojistitel o uvedené informace požádá, zprůstůuji od povinnosti zachovávat mlčenlivost.

Dále prohlašuji, že:

☐ **nejsem** nebo v posledním roce **jsem nebyl(a)** politicky exponovanou osobou ve smyslu ustanovení § 4 odst. 5 zákona č. 253/2008 Sb., o některých opatřeních proti legalizaci výnosů z trestné činnosti a financování terorismu.

☐ **jsem** nebo v posledním roce **jsem byl(a)** politicky exponovanou osobou ve smyslu ustanovení § 4 odst. 5 zákona č. 253/2008 Sb., o některých opatřeních proti legalizaci výnosů z trestné činnosti a financování terorismu.

Politicky exponovaná osoba je nebo byla v postavení:

Hlásitele nebo zplnomocněné osoby:

Prohlašuji, že všechny mé odpovědi na písemně položené dotazy pojistitele uvedené v tomto tiskopise jsou pravdivé a úplné. V souladu se zákonem č. 101/2000 Sb., o ochraně osobních údajů a o změně některých zákonů, ve znění pozdějších předpisů (dále jen „zákon“), výslovně souhlasím, aby mé osobní údaje byly pojistitelem zpracovány v rámci činnosti v pojišťovnictví a činnosti související s pojišťovací činností podle zákona č. 363/1999 Sb., o pojišťovnictví a o změně některých souvisejících zákonů, ve znění pozdějších předpisů, a to po dobu nezbytně nutnou k zajištění všech práv a povinností plynoucích ze závazkového vztahu. Ve smyslu zákona č. 133/2000 Sb., o evidenci obyvatel a o rodných číslech a o změně některých zákonů, ve znění pozdějších předpisů, souhlasím s tím, aby ve stejném rozsahu, za stejným účelem a po stejnou dobu jako ostatní osobní údaje bylo využíváno rodné číslo, jehož jsem nositelem (resp. jehož nositelem je nezletilý). Prohlašuji, že jsem byl v souladu se zákonem řádně informován o zpracování mých osobních údajů (resp. údajů týkajících se nezletilého), o svých právech a o povinnostech zpracovatelů údajů. Veškeré poskytnuté údaje bude zpracovávat pojistitel nebo zpracovatel registrovaný v souladu s ust. § 16 zákona Úřadem pro ochranu osobních údajů. Na důkaz svého souhlasu s výše uvedením připojuji k tomuto prohlášení svůj podpis. Zplnomocněná osoba zároveň prohlašuje, že v souladu s plnou mocí, kterou jí pojištěný udělil, je oprávněna jeho jménem žádat ošetřující lékaře o poskytnutí údajů o jeho zdravotním stavu a léčení včetně potřebné zdravotní dokumentace. Zároveň přikládá originál či ověřenou kopii udělené plné moci.

V _____ dne _____

.....	
Podpis pojištěného (zákonného zástupce)	Podpis hlásitele neo zplnomocněné osoby (předkládá-li tiskopis)

Zpráva lékaře o trvalých následcích úrazu

Vyplní lékař pouze v případě trvalého poškození následkem úrazu. Poskytnutí údajů je v souladu se souhlasem pojištěného (viz. druhá strana formuláře). Všechny kolonky formuláře je důležité vyplnit důkladně a čitelně. K urychlení průběhu likvidace pomůže také doložení jakékoliv doplňující lékařské zprávy týkající se předmětného úrazu (operační protokol, propouštěcí zpráva z hospitalizace).

Údaje o úrazu	
Příjmení a jméno pojištěného (poškozeného jemuž se úraz stal):	Rodné číslo
DG úrazového poškození:	Úraz ze dne:

Údaje o aktuálním rozsahu trvalého poškození Prosíme označte o jaký druh poškození se jedná a uveďte podrobný popis rozsahu. Pokud se na trvalém poškození podílel předchozí úraz, následující úraz či onemocnění, popište jakou měrou? Do přílohy vyznačte lokalizaci a rozsah trvalého poškození vzniklého následkem předmětného úrazu na těle, končetinách, v oblasti hlavy a krku (jizvy, popáleniny apod.).	
☐ Poškození pohybového aparátu (aktuální rozsahy pohybu v porovnání u poškozené a nepoškozené končetiny, stabilita kloubů, atrofické změny, v případě poškození prstů ruky, nedověr poškozených prstů do dlaně v cm)	
☐ Ztrátová poškození (lokalizace a rozsah ztráty)	
☐ Neurologická poškození (popis rozsahu neurologického poškození)	
☐ Poškození očí (visus obou očí před a po úraze, apod.)	☐ Poškození stálých zubů (vitalita zubů před a po úraze, ztráta zubu nebo jeho části, apod.)
☐ Poškození smyslových orgánů (stav poraněného smyslového orgánu před a po úraze)	
☐ Jizvy (vzhled, lokalizace, rozsah jizvy - u popálenin plocha jizvy v cm2)	
☐ Omezení funkčnosti vnitřních orgánů	

Doplňující údaje k aktuálnímu rozsahu trvalého poškození	
Je plánováno další léčení, případně operační řešení? Pokud ANO, napište jaké a kdy.	
ANO ☐	NE ☐
Stav ustálen?	
ANO ☐	NE ☐

Další údaje

Operace	Pokud ANO, kdy, kde a popis zákroku? (přiložte operační protokol, propouštěcí zprávu z hospitalizace)		
ANO ☐ NE ☐			
Hospitalizace	Pokud ANO, kde?	Od:	Do:
ANO ☐ NE ☐			
Došlo k úrazu v důsledku požití alkoholu nebo jiných návykových látek?	Pokud ANO, uveďte příznaky požití:		
ANO ☐ NE ☐	zjištěno o/oo alkoholu		

Předchorobí

Byla funkce postižených orgánů omezena již před úrazem?	Pokud ANO, v jakém rozsahu?
ANO ☐ NE ☐	
Trpěl poškozený již před úrazem obtížemi nebo úrazy poraněné části těla?	Pokud ANO, jakými?
ANO ☐ NE ☐	

Jiné sdělení lékaře

Potvrzují, že údaje v lékařské zprávě se týkají pojištěného uvedeného na první straně tiskopisu.

Forma proplacení honoráře za vyplnění tiskopisu:

- ☐ na základě vystavené faktury
☐ placeno klientem
☐ na základě smluvního vztahu s pojišťovnou

Pro správné umístění platby proveďte identifikaci čitelně.

Kód lékaře přidělený pojišťovnou (pokud je Vám znám):	IČ (pokud existuje):
V	Dne

.....
Razítko a podpis lékaře

Příloha k lékařské zprávě

