



Oznámení trvalých následků úrazu

Na tomto formuláři lze uplatnit právo na pojistné plnění za **trvalé následky úrazu**, které lze hodnotit nejdříve **po jejich ustálení, nejpozději však ke 3 rokům od úrazu**. Vyplňte části B. až D. – bez jejich úplného vyplnění včetně podpisu nelze poskytnout pojistné plnění – a **předejte k vyplnění části E. svému ošetřujícímu lékaři** z oboru medicíny, který je příslušný k podání zprávy podle charakteru trvalých následků – např. ortopedie, traumatologie. **Náklady spojené s vyplněním zprávy lékaře pojistitel nehradí** (podle zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění, ve znění pozdějších předpisů, jde o výkon provedený v osobním zájmu a na žádost fyzické osoby, který není hrazen ze zdravotního pojištění). Osobní údaje vč. údajů o zdravotním stavu (dále jen „údaje“) jsou zpracovávány jen v rozsahu a po dobu nezbytnou k zajištění práv a povinností z pojištění. Neposkytnutí relevantních údajů může způsobit nemožnost plnění z pojištění. Údaje mohou být poskytnuty třetí osobě pouze v souladu se zákonem č. 101/2000 Sb., o ochraně osobních údajů. Subjekt údajů má právo na informaci o rozsahu zpracování jeho osobních údajů podle § 12 a právo na ochranu svých práv podle § 21 citovaného zákona.

A. POJISTITEL		Kooperativa pojišťovna, a.s., Vienna Insurance Group, Pobřežní 665/21, 186 00 Praha 8, Česká republika IČO 47116617, zapsaná v obchodním rejstříku u Městského soudu v Praze, sp. zn. B 1897					
B. POJIŠTĚNÝ		Rodné číslo ¹⁾		Příjmení	Jméno	Titul	
¹⁾ U cizinců se zapisuje datum narození ve tvaru RRMMDD/9999. ²⁾ Není-li vyplněno, platí stát ČR. ³⁾ Platnou variantu označte křížkem ☒ (platí i v ostatních případech s možností více variant).		Adresa trvalého pobytu/bydliště		Ulice (místo), číslo popisné/orientační		PSČ	
		Obec – dodací pošta		☐ Jiný stát než ČR, jaký, ZIP kód ^{2,3)}			
		E-mail		Mobilní telefon		Telefon	
C. ÚDAJE O POJIŠTĚNÍ		Číslo pojistné smlouvy		Číslo pojistné smlouvy	Číslo pojistné smlouvy	Číslo pojistné smlouvy	
		Číslo pojistné události		Číslo pojistné události	Číslo pojistné události	Číslo pojistné události	
D. ZPŮSOB VÝPLATY PLNĚNÍ		Pojistné plnění poukažte na (uveďte pouze jednu z možností)					
		☐ Číslo účtu		Kód banky	Specifický symbol		
		☐ Pojistnou smlouvu č.		☐ Jinou adresu	Jméno, příjmení/Název		
		☐ Adresu trvalého pobytu/bydliště uvedenou v části B.		Ulice, číslo popisné/orientační, PSČ, obec			
		Náleží-li pojistné plnění nezletilé nebo nesvéprávné osobě, uveďte údaje o jejím zákonném zástupci (např. otec, matka, opatrovník).					
Datum		Podpis pojištěného (oprávněné osoby)					
		Podpis zákonného zástupce, není-li pojištěný (oprávněná osoba) plně svéprávný					
E. ZPRÁVA LÉKAŘE		Údaje o úrazu		Datum úrazu	Místo úrazu		
Informace pro lékaře Odměnu za vyplnění této zprávy Vám uhradí pojištěný (oprávněná osoba). Prosíme o čitelné vyplnění všech údajů. Nestačí-li pro požadované údaje místo v předtisknutých kolonkách, uveďte je na samostatném listu, který přiložte k tomuto formuláři.		Podrobný popis průběhu a okolností úrazu, jak je uvedl pojištěný:					
		Co udal pojištěný jako příčinu úrazu:					
		Kdy došlo k prvnímu lékařskému ošetření (uveďte datum, název a adresu zdravotnického zařízení a jméno lékaře):					
		Datum					
		Diagnóza tělesného poškození způsobeného úrazem:					
		Kód diagnózy podle MKN - 10					
Zdravotní stav pojištěného před úrazem (anamnéza)							
Bylo tělesné poškození způsobeno výlučně uvedeným úrazem?		☐ Ano ☐ Ne		Pokud ne, uveďte jaké zdravotní obtíže či nemoc se podílely na vzniku tělesného poškození:			
Byla poraněná část těla nebo orgán již před úrazem postiženy?		☐ Ano ☐ Ne		Pokud ano, uveďte jak a v jakém rozsahu:			
Trpí pojištěný některou ze závažnějších nemocí (např. cukrovka, onemocnění pohybového ústrojí)?		☐ Ano ☐ Ne		Pokud ano, uveďte jakou a odkdy:			
Utrpěl pojištěný před tímto úrazem jiný úraz?		☐ Ano ☐ Ne		Pokud ano, uveďte rok vzniku úrazu, diagnózu, jak a kde byl úraz léčen a jaké následky zanechal:			

Léčení tělesného poškození způsobeného úrazem

Podrobně popište způsob léčení (u zlomenin, vymknutí a těžkých podvrtnutí udejte dobu pevné fixace):

Kde a kdy byl poraněný hospitalizován?

Operace (operační nález - přiložte prosím kopii operačního protokolu):

Kde byl poraněný léčen? Uveďte název a adresu všech zdravotnických zařízení, jména lékařů a datum od - do:

Je plánováno další léčení poraněného? Uveďte jaké (např. rehabilitace, operace, odstranění osteosyntetického materiálu, plastika vazů):

Je léčení poraněného skončeno?²)

☐ Ano ☐ Ne

Zanechal-li úraz poraněnému trvalé následky, jsou ustáleny?

☐ Ano ☐ Ne

Pokud nejsou ustáleny, uveďte důvod:

Hodnocení trvalých následků úrazu

Lékař potvrzuje, že u pojištěného

Rodné číslo¹)

Příjmení

Jméno

Titul

zjistil trvalé následky tohoto druhu a rozsahu:

Subjektivní potíže udávané pojištěným:

Objektivní nález (u jizev v obličeji uveďte jejich podrobný popis - délku v cm, plochu v cm² nebo zakreslete na obrázku):

Pojištěný je ☐ pravák ☐ levák

Při poranění končetin uveďte popis osy končetiny, které pohyby jsou omezeny, omezení hybnosti kloubu (lehký, střední, těžký stupeň).

Při poruše úchopové funkce HK uveďte kolik cm chybí do úplného sevření do dlaně, nemožnost natažení v cm.

Při poranění DK uveďte délku obou končetin, stabilitu kloubu - Lachman, viklavost kloubu, pronaci, supinaci, hypotrofií svalstva (srovnání s druhou DK), menisektomií (částečnou, úplnou)

PHK

LHK

PDK

LDK

Název zdravotnického zařízení nebo jméno lékaře

Ulice (místo), číslo popisné/orientační

Obec - dodací pošta

PSČ

Název oddělení

Číslo oddělení

Telefon

¹) U cizinců se zapisuje datum narození ve tvaru RRRMMDD/9999.
²) Platnou variantu označte křížkem ☒ (platí i v ostatních případech s možností více variant).

Datum

201

Razítko a podpis lékaře