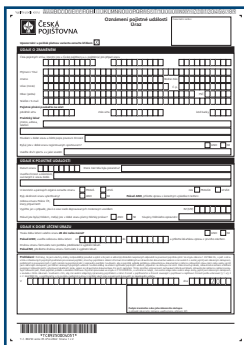


**... Máte sjednané pojištění ve variantě DNL-MAX?**

Formulář můžete vyplnit již po prvním kontrolním vyšetření. Vyplňte prosím **pouze** první stranu tohoto formuláře a přiložte lékařské zprávy z prvního ošetření a kontrolního vyšetření potvrzující konečnou diagnózu poranění.




**Lékařská zpráva  
z prvního ošetření**

razítko  
zdravotnického  
zařízení  
+  
podpis lékaře



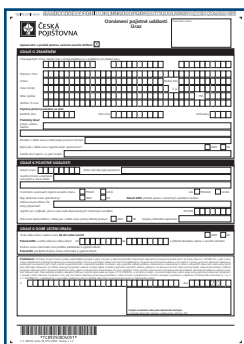
**Lékařská zpráva  
z kontrolního  
vyšetření**

razítko  
zdravotnického  
zařízení  
+  
podpis lékaře

Není třeba chodit k lékaři a předkládat k vyplnění druhou stranu formuláře – šetříte čas i peníze!

**... Trvalo léčení vašeho úrazu 28 dní nebo méně?**

Formulář vyplňte nejlépe až po skončení léčení. Vyplňte prosím **pouze** první stranu tohoto formuláře a přiložte lékařskou zprávu z prvního ošetření.



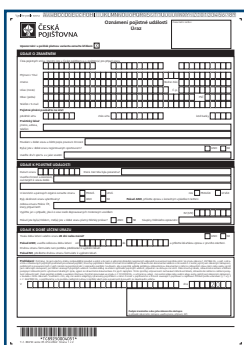

**Lékařská zpráva  
z prvního ošetření**

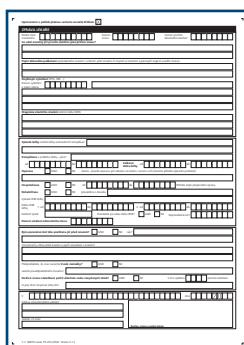
razítko  
zdravotnického  
zařízení  
+  
podpis lékaře

Není třeba chodit k lékaři a předkládat k vyplnění druhou stranu formuláře – šetříte čas i peníze!

**... Trvalo léčení vašeho úrazu 29 dní či déle?**

Formulář vyplňte nejlépe až po skončení léčení. Vyplňte prosím první stranu tohoto formuláře a druhou stranu formuláře předložte k vyplnění lékaři.





V případě **cestovního pojištění** přiložte k tomuto oznámení úrazu **doklad o sjednaném pojištění**.

**Výše uvedené prosím předejte do České pojišťovny a.s.:**

- osobně na kterémkoli obchodním místě (seznam a adresy najdete na [www.ceskapojistovna.cz](http://www.ceskapojistovna.cz))
- poštou na adresu: Česká pojišťovna a.s., P. O. Box 305, 601 00 Brno
- elektronicky v naskenované podobě prostřednictvím internetových stránek [www.ceskapojistovna.cz/klient](http://www.ceskapojistovna.cz/klient)

**V případě jakýchkoliv dotazů se prosím obraťte na pracovníky obchodních míst České pojišťovny a.s. nebo telefonicky na číslo Klientského servisu 841 114 114.**



**ČESKÁ  
POJIŠŤOVNA**

**Oznámení pojistné události  
Úraz**

Prezentační razítko:

Upozornění: u poliček platnou variantu označte křížkem

**ÚDAJE O ZRANĚNÉM**

Čísla pojistných smluv, kterými jste u České pojišťovny a.s. pojištěn(a) pro případ úrazu

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------

Příjmení / Titul

<input type="text"/>
----------------------

Jméno

<input type="text"/>	Rodné číslo	<input type="text"/>
----------------------	-------------	----------------------

Ulice (místo)

<input type="text"/>	Č.p.	<input type="text"/>
----------------------	------	----------------------

Obec (pošta)

<input type="text"/>	PSC	<input type="text"/>
----------------------	-----	----------------------

Telefon / E-mail

<input type="text"/>
----------------------

**Pojistné plnění poukážte na účet**

předčíslí účtu

<input type="text"/>
----------------------

číslo účtu

<input type="text"/>
----------------------

kód banky

<input type="text"/>
----------------------

**Praktický lékař**

jméno, adresa, telefon

<input type="text"/>
----------------------

Povolání v době úrazu a bližší popis pracovní činnosti

<input type="text"/>
----------------------

Byl(a) jste v době úrazu registrovaným sportovcem?

ANO  NE

Uveďte druh sportu a v jaké soutěži

<input type="text"/>
----------------------

**ÚDAJE K POJISTNÉ UDÁLOSTI**

Datum úrazu

<input type="text"/>
----------------------

Která část těla byla poraněna?

<input type="text"/>
----------------------

Uveďte činnost a okolnosti, za kterých k úrazu došlo

<input type="text"/>
----------------------

U končetin a párových orgánů označte stranu

PRAVÁ  LEVÁ

Jste  PRAVÁK  LEVÁK

Byly okolnosti úrazu vyšetřovány?

ANO  NE

**Pokud ANO, přiložte zprávu s konečným výsledkem šetření.**

Adresa útvaru Policie ČR, který případ šetří

<input type="text"/>
----------------------

Vyplňte jen v případě, jde-li o úraz osob dopravovaných motorovým vozidlem

RZ (SPZ)

<input type="text"/>
----------------------

Pokud jste byl(a) řidičem, měl(a) jste v době úrazu platný řidičský průkaz?

ANO  NE

Skupiny řidičského oprávnění

<input type="text"/>
----------------------

**ÚDAJE K DOBĚ LÉČENÍ ÚRAZU**

Trvalá doba léčení vašeho úrazu **28 dní nebo méně?**

ANO  NE

**Pokud ANO,** uveďte celkovou dobu léčení od

<input type="text"/>
----------------------

<input type="text"/>
----------------------

a přiložte lékařskou zprávu z prvního ošetření.

Druhou stranu formuláře není potřeba předkládat k vyplnění lékaři.

**Pokud NE,** předložte druhou stranu formuláře k vyplnění lékaři.

**Prohlášení:** Prohlašuji, že jsem všechny otázky zodpověděl(a) pravdivě a úplně a že jsem si vědom(a) důsledků nesprávných odpovědí na povinnost pojistitele plnit. Ve smyslu zákona č. 20/1966 Sb., o péči o zdraví lidu a Všeobecných pojistných podmínkách pro úrazové pojištění, zmocňuji pojistitele k získání informací shromážděných ve zdravotnické dokumentaci vedené o mé osobě či o osobě, jejímž jsem zákonným zástupcem, potřebných k posouzení mých / jejich nároků na pojistné plnění z úrazového pojištění. Souhlasím, aby si pojistitel vyžádal potřebnou zdravotnickou dokumentaci o léčení a zdravotním stavu mém nebo osoby, jejímž jsem zákonným zástupcem, pro šetření úrazových pojistných událostí. Souhlasím uděluji za účelem vyřizování pojistných událostí, případně i na dobu po mé smrti. Dále zmocňuji lékaře, zdravotnická zařízení a zařízení poskytující zdravotní péči k vyhotovení lékařských zpráv, výpisů ze zdravotnické dokumentace či k jejich zapůjčení. Tímto zprošťuji od povinnosti zachovávat mlčenlivost lékaře, zdravotnická zařízení a zařízení poskytující zdravotní péči, které pojistitel požádá o uvedené informace. Pojistitel zpracovává ve smyslu z. č. 101/2000 Sb., o ochraně os. údajů, mé osobní údaje nebo osobní údaje osoby, jejímž jsem zákonným zástupcem, v souladu s tímto zákonem. Souhlasím s tím, aby mé osobní údaje byly zpracovány pojistitelem v rámci činnosti v pojišťovnictví a činnosti související s pojišťovacím a zajišťovacím činností podle ustanovení § 1 a § 2 z. č. 363/1999 Sb., o pojišťovnictví, a to po dobu nezbytně nutnou k zajištění všech práv a povinností plynoucích ze závazkového vztahu.

V 

<input type="text"/>
----------------------

 dne

<input type="text"/>
----------------------

 20 

<input type="text"/>
----------------------

**Podpis zraněného nebo jeho zákonného zástupce**  
(v případě zákonného zástupce uveďte jméno, příjmení, RČ)



\*TC89250004051\*

Upozornění: u políček platnou variantu označte křížkem

## ZPRÁVA LÉKAŘE

Rodné číslo zraněného

Datum úrazu

Datum prvního lékařského ošetření

Co udal zraněný při prvním ošetření jako příčinu úrazu?

Popis tělesného poškození způsobeného úrazem s určením jeho rozsahu či stupně (u končetin a párových orgánů uveďte stranu)

Doplňující vyšetření (RTG, MR...)

Datum vyšetření a popis nálezu

Diagnóza vlastního zranění včetně kódu MKN

Způsob léčby včetně léčby eventuálních komplikací

Komplikace v průběhu léčby – jaké?

od  do  Celková doba léčby od  do

Operace  ANO  NE datum, způsob operace (při zákroku na koleni, rameni a AŠ prosíme přiložte operační protokol)

Hospitalizace  ANO  NE od  do  Přiložte kopii propouštěcí zprávy.

Rehabilitace  ANO  NE prováděna z důvodu

Způsob RHB léčby

Délka RHB léčby 1. od  do  2. od  do

Kolikrát týdně  Pravidelně po celou dobu RHB?  ANO  NE Nepravidelně od?

Datum ustálení zdravotního stavu

Byla poraněná část těla postižena již před úrazem?  ANO  NE Jak?

Jiné poruchy zdraví před úrazem a jejich souvislost s úrazem?

Předpokládáte, že úraz zanechá trvalé následky?  ANO  NE

Jakého pravděpodobného rozsahu?

Došlo k úrazu následkem požití alkoholu nebo návykových látek?  ANO  NE V krvi zjištěno  promile alkoholu

O jaký druh návykové látky šlo?

V  dne  20

Adresa zdravotnického zařízení

Telefon / E-mail

Razítko, jméno a podpis lékaře