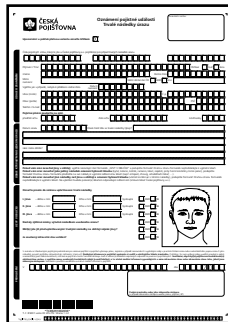


NAHLÁŠENÍ TRVALÝCH NÁSLEDKŮ ÚRAZU JE JEDNODUCHÉ...
... Zanechal vám úraz jizvy v obličeji?

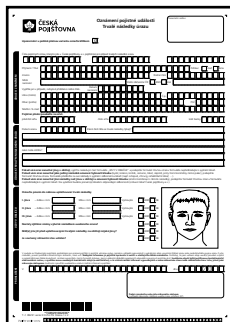
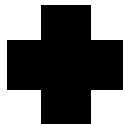
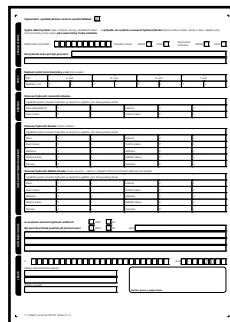
Formulář vyplňte až po ustálení zdravotního stavu (doporučená lhůta je 2–3 roky od data úrazu, nejpozději do 4 let od data úrazu, aby nedošlo k promlčení práva na plnění). Pokud nebyl vzniklý úraz ČP a.s. doposud hlášen, je nedílnou součástí tohoto oznámení trvalých následků úrazu také řádně vyplněný formulář „Oznámení pojistné události Úraz“. **Vyplňte prosím pouze první stranu tohoto formuláře!**



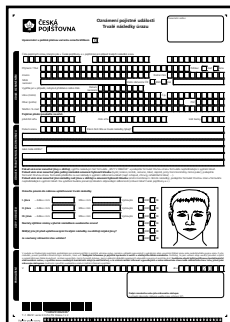
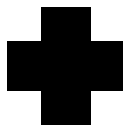
Není třeba chodit k lékaři a předkládat k vyplnění druhou stranu formuláře – šetříte čas i peníze!

... Zanechal vám úraz jako jediný následek omezení hybnosti kloubu? (kyčel, koleno, kotník, rameno, loket, zápěstí, prsty horní končetiny mimo palec)

Formulář vyplňte až po ustálení zdravotního stavu (doporučená lhůta je 2–3 roky od data úrazu, nejpozději do 4 let od data úrazu, aby nedošlo k promlčení práva na plnění). Pokud nebyl vzniklý úraz ČP a.s. doposud hlášen, je nedílnou součástí tohoto oznámení trvalých následků úrazu také řádně vyplněný formulář „Oznámení pojistné události Úraz“. **Vyplňte prosím první stranu tohoto formuláře a druhou stranu formuláře předložte na své náklady k vyplnění odbornému lékaři!** (např. ortoped, chirurg, rehabilitační lékař, ...)




... Zanechal vám úraz jiné následky než jizvy v obličeji a omezení hybnosti kloubu? (včetně kombinací s těmito následky)

Formulář vyplňte až po ustálení zdravotního stavu (doporučená lhůta je 2–3 roky od data úrazu, nejpozději do 4 let od data úrazu, aby nedošlo k promlčení práva na plnění). Pokud nebyl vzniklý úraz ČP a.s. doposud hlášen, je nedílnou součástí tohoto oznámení trvalých následků úrazu také řádně vyplněný formulář „Oznámení pojistné události Úraz“. **Vyplňte prosím pouze první stranu tohoto formuláře!**

Smluvní lékař
České pojišťovny a.s.

Není třeba chodit k lékaři a předkládat k vyplnění druhou stranu formuláře – šetříte čas i peníze! Na vyšetření budete pozván(a) lékařem odpovídající odbornosti.

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

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

V případě jakýchkoliv dotazů se prosím obraťte na pracovníky obchodních míst České pojišťovny a.s. nebo telefonicky na číslo klientského servisu +420 841 114 114.

Tato stránka je určena pro vaši potřebu, nezasílejte ji zpět do České pojišťovny a.s.



ČESKÁ
POJIŠŤOVNA

Oznámení pojistné události Trvalé následky úrazu

Prezentační razítko:

Upozornění: u políček platnou variantu označte křížkem



ÚDAJE O ZRANĚNÉM

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

Příjmení / Titul

Pohlaví

☐ muž

☐ žena

Jméno

Rodné číslo

Místo
narození:

Státní občanství ČR

☐ ANO

☐ Jiné

Vyplňte jen v případě, nebylo-li přiděleno rodné číslo.

Datum
narození

Ulice (místo)

Č.p.

Obec (pošta)

PSČ

Telefon / E-mail

Pojistné plnění poukažte na účet.

předčíslí účtu

číslo účtu

kód banky

ÚDAJE K TRVALÝM NÁSLEDKŮM ÚRAZU

Datum úrazu

Které části těla se trvalé následky týkají?

Jaké máte obtíže?

Pokud vám úraz zanechal jizvy v obličejí, vyplňte následující část formuláře „JIZVY V OBLIČEJÍ“ a podepište formulář. Druhou stranu formuláře nepředkládejte k vyplnění lékaři.

Pokud vám úraz zanechal jako jediný následek omezení hybnosti kloubu (kyčel, koleno, kotník, rameno, loket, zápěstí, prsty horní končetiny mimo palec), podepište formulář. Druhou stranu formuláře předložte na své náklady k vyplnění odbornému lékaři (např. ortoped, chirurg, rehabilitační lékař, ...).

Pokud vám úraz zanechal jiné následky než jizvu v obličejí a omezení hybnosti kloubu (včetně kombinací s těmito následky), podepište formulář. Druhou stranu formuláře nepředkládejte k vyplnění lékaři. Na vyšetření budete pozván(a) lékařem odpovídající odbornosti (smluvní lékař České pojišťovny a.s.).

Označte prosím do nákresu uplatňované trvalé následky

I. jizva

– délka v mm

šířka v mm

Vystoupá

☐ ANO

☐ NE

II. jizva

– délka v mm

šířka v mm

Vystoupá

☐ ANO

☐ NE

III. jizva

– délka v mm

šířka v mm

Vystoupá

☐ ANO

☐ NE

Nastaly zjištěné změny výlučně následkem uvedeného úrazu?

☐ ANO

☐ NE

Měl(a) jste již před uplatňovanými trvalými následky na obličejí nějaké jizvy?

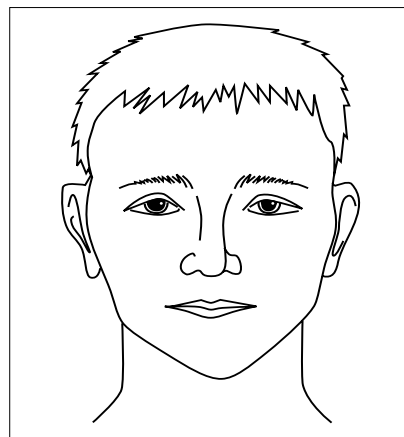
☐ ANO

☐ NE

Je současný zdravotní stav ustálen?

☐ ANO

☐ NE



JIZVY V OBLIČEJÍ

V souladu se Všeobecnými pojistnými podmínkami pro úrazové pojištění si pojistitel vyhrazuje právo, zejména v případě nesrovnalostí s vyplněnými údaji v prvotním hlášení úrazu nebo nedostatečného popisu úrazu či jeho následků, provést prohlídku zdravotnickým zařízením, které určí. **Nezbytné informace je pojistitel oprávněn si ověřit u ošetřujícího lékaře zraněného.** Prohlašuji, že jsem veškeré údaje uvedl(a) pravdivě a úplně a nezamítl(a) jsem žádné skutečnosti, na které se pojistitel v tomto formuláři dotazuje. Jsem si vědom(a) důsledků nesprávných odpovědí na povinnost pojistitele plnit. **Souhlasím, abych byl(a) pojišťovnou kontaktován(a) elektronickou cestou, s využitím mnou uvedených kontaktních údajů (e-mail/telefon), a to včetně zasílání informací vypovídajících o mém zdravotním stavu nebo zdravotním stavu toho, jehož jsem zákonným zástupcem.** Souhlasím s použitím uvedeného e-mailu k zasílání informací o pojištění.

V

dne

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

PROHLÁŠENÍ



TC89291002036

T. č. 89291 verze 03 LPU-TN Strana 1 z 2

Vyplňte podle vzoru: A A A B C D E F G H I J K L M N O P Q R R S S T T U U U V W X Y Z Z 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9

ZPRÁVA LÉKAŘE

[illegible][illegible]

A 10x10 grid of dots forming a square frame. The dots are arranged in a 10x10 grid, with the outermost dots forming a square border. The inner dots are arranged in a 8x8 grid.

PRSTY

Prst	II. prst		III. prst		IV. prst		V. prst	
Nedověř v cm	P	L	P	L	P	L	P	L

RAMENO

Vyjádřete prosím omezení hybnosti ve stupních a vyplňte i pro zdravý párový kloub.					
Flexe předpažením	P	L	Extenze	P	L
Zevní rotace	P	L	Vnitřní rotace	P	L

MIJNÉ KLOUBY (MIMO RAMENO)

Vyjádřete prosím omezení hybnosti ve stupních a vyplňte i pro zdravý párový kloub.					
Flexe	P	L	Extenze	P	L
Zevní rotace	P	L	Vnitřní rotace	P	L
Abdukce	P	L	Addukce	P	L
Ulnární dukce	P	L	Radiální dukce	P	L
Pronace	P	L	Supinace	P	L

Vyjádřete prosím omezení hybnosti ve stupních a vyplňte i pro zdravý párový kloub.					
Flexe	P	L	Extenze	P	L
Zevní rotace	P	L	Vnitřní rotace	P	L
Abdukce	P	L	Addukce	P	L
Ulnární dukce	P	L	Radiální dukce	P	L
Pronace	P	L	Supinace	P	L

DOPLNŮJÍCÍ ÚDAJE

[illegible]

1000

100 90 80 70 60 50 40 30 20 10 0

[illegible]

Jak?

20

.....

[illegible]

ÉKAŘ

Razítko, jméno a podpis lékaře