

Zdravotní připojištění VZP

Oznámení škodné události

Číslo(a) pojistné(ých) smlouvy(uy):

Vyplňte všechna čísla pojistek, kterými jste pojištěn(a) pro případ úrazu, hospitalizace nebo pracovní neschopnosti.
Po ukončení ošetřování, hospitalizace, pracovní neschopnosti nechte potvrdit zprávu ošetřujícího lékaře na druhé straně tiskopisu.
V případě dlouhodobé pracovní neschopnosti nechte potvrdit lékařem přibližně po 4 týdnech.
Bez uvedení čísel pojistných smluv, potvrzení lékaře a podpisu pojištěného nelze škodnou událost vyřídit.

Pojištěný

Jméno	Příjmení	Titul	Rodné číslo
Trvalé bydliště		e-mail	
Ulice a číslo	PSČ		Obec (dodací pošta)
Telefon (předvolba, číslo, linka)			
Kontektní adresa, je-li odlišná od výše uvedené		e-mail	
Ulice a číslo	PSČ		Obec (dodací pošta)
Telefon (předvolba, číslo, linka)			
Zaměstnavatel - název, adresa, telefon		Název zdravotní pojišťovny	

Popis příčiny vzniku pojistné události - úrazu nebo nemoci a průběhu následků - hospitalizace, prac. neschopnosti:

Uved'te, zda se v době vzniku pojistné události vztahovala některá další pojištění na pojistné riziko z něhož uplatňujete pojistné plnění [Ano/Ne]:

Pokud ano, uveďte názvy pojistitelů a jejich horní hranice plnění:

Jméno a adresa ošetřujícího lékaře:

Jméno a adresa praktického lékaře:

Součástí tohoto oznámení jsou tyto přílohy:

V případě úrazu uveďte dále:

Datum vzniku: Hodina: Místo: Poraněná část těla:

V případě pracovní neschopnosti uveďte dále:

Byl(a) jste tímto druhem onemocnění/úrazu již dříve v pracovní neschopnosti? Pokud ano, kdy? (uveďte jméno a adresu ošetřujícího lékaře):

PŘILOŽTE kopii pracovní neschopenky pokud jste v zaměstnaneckém poměru nebo obdobném poměru.

U osob samostatně výdělečně činných se potvrzení o pracovní neschopnosti nevyžaduje.

Pojistné plnění poukažte na toto jméno a adresu (je-li příjemcem plnění oprávněná osoba, která doloží oprávněnost v příloze tohoto oznámení):

..... nebo na účet číslo (včetně kódu banky):

Prohlašuji, že jsem všechny otázky zodpověděl pravdivě a úplně, že jsem k hlášené pojistné události poda pouze toto oznámení a že jsem si vědom důsledků nesprávných odpovědí na povinnost pojišťovny plnit. Souhlasím, aby si příslušný pojistitel vyžádal veškerou potřebnou zdravotní dokumentaci o mém léčení a zdravotním stavu. Prohlašuji, že po dobu pracovní neschopnosti nevykonávám přechodně žádným způsobem svoji pracovní činnost, ani řídicí či kontrolní činnost, a to ani po omezenou část dne. Souhlasím se zpracováním a využitím údajů v tomto tiskopise uvedených ve prospěch pojistitelů a jejich smluvních zprostředkovatelů.

V

Den: Měsíc: Rok:

Podpis pojištěného (oprávněného)

Zplnomocnění k poskytnutí informací

Svým podpisem zprošťuji lékaře a zaměstnance ostatních zdravotních zařízení a úřadů (zdravotních pojišťoven, finančních úřadů, úřadů sociálního zabezpečení atd.) povinnosti mlčenlivosti a zmocňuji je k poskytnutí potřebných informací pojistiteli k ukončení likvidace pojistné události.

V..... dne

.....
podpis pojištěného (oprávněného)

Zpráva ošetřujícího lékaře

Upozornění pro lékaře:

- 1) Odměnu za vyplnění tohoto tiskopisu Vám uhradí pojištěný (oprávněný), kterému její přijetí potvrdíte stvrzenkou.
- 2) Prosíme o čitelné vyplnění všech údajů.
- 3) Pokud nestačí pro požadované údaje místo v předtištěných rubrikách, použijte prosím volný list papíru, který také potvrdíte svým podpisem.
- 4) Za 100% pracovní neschopnost se považuje, když pacient nemůže podle lékařského nálezu přechodně vykonávat žádným způsobem svoji pracovní činnost, také ji nevykonává a nevěnuje se žádné jiné výdělečné činnosti, nevykonává ani řídicí či kontrolní činnosti, a to ani po omezenou část dne.
- 5) Za hospitalizaci se považuje poskytnutí nemocniční péče na lůžku po dobu minimálně 24 hodin.

Ošetřující lékař potvrzuje, že ošetřoval osobu pojištěného, která je uvedena na první straně tohoto oznámení a zjistil u ní tělesná poškození a zdravotní újmy tohoto druhu a rozsahu:

Příčina lékařského ošetření (úraz, nemoc, těhotenství, přerušení, porod):

Podle zdravotní dokumentace došlo k prvnímu lékařskému ošetření dne:

Diagnóza (česky), popis RTG nálezů:

..... Kód diagnózy dle MKN-10:

Odpovídá ošetřované onemocnění/tělesné poškození a jeho rozsah ději, jak je uveden na straně 1 tohoto oznámení? (Ano/Ne)

Je v příčinné souvislosti s nějakým dřívějším onemocněním nebo úrazem? Se kterým?

Popsaťte prosím podrobně způsob a druh ošetření (v případě rehabilitace udejte výsledky, jak často a jak dlouho byla prováděna):

.....
.....
.....
.....

Jaké trvalé následky úraz zanechal a v jakém rozsahu?

Je skončeno léčení a dnešní stav je nezměnitelný? Je možné očekávat změnu stavu a do jaké míry?

Mají vliv na celkový rozsah trvalých následků chorobné změny s úrazem nesouvisející?

Nastaly zjištěné úchylny ve zdravotním stavu výlučně popsáným úrazem?

Aktuální funkční vyšetření postiženého kloubu ve stupních Poškozený je (označte správnou odpověď) LEVÁK PRAVÁK

Došlo-li k prodloužení doby léčení v důsledku komplikací, uveďte o jaké šlo:

Bylo příčinou újmy na zdraví požití alkoholu, omamných či návykových látek (Ano/Ne) V krvi bylo zjištěno promile alkoholu

Bylo příčinou újmy na zdraví úmyslné sebepoškození? (Ano/Ne)

Celková doba léčení od do Pracovní neschopnost od do

Doba hospitalizace od do hospitalizace ve zdravotnickém zařízení

Jiná sdělení lékaře:

V dne

.....
razítko a podpis ošetřujícího lékaře

Záznamy likvidátora a posudkového lékaře pojistitele