



HLÁŠENÍ TRVALÝCH NÁSLEDKŮ ÚRAZU

Česká podnikatelská pojišťovna, a.s., Vienna Insurance Group, Pobřežní 665/23, 186 00 Praha 8, IČ: 63998530, telefon: 957 444 555
Adresa pro zasilání korespondence: Česká podnikatelská pojišťovna, a.s., Vienna Insurance Group, P.O.BOX 28, 664 42 Modřice,
nebo elektronicky na e-mail: likvidace@cpp.cz

Upozornění a pokyny pro pojištěného

- Nárok na pojistné plnění za trvalé následky úrazu je možné uplatnit:
 - nejdříve po dvanácti měsících od úrazu, pokud jsou následky úrazu ustálené
 - v případě, kdy nedojde k jejich ustálení, je možné na požádání poskytnout zálohu na pojistné plnění, pokud je již znám alespoň minimální rozsah trvalých následků.
- V případě škodní události dítěte, které je připojištěno smlouvou dospělé osoby, doložte kopii **rodného listu** pojištěného dítěte, popř. rozhodnutí soudu o osvojení či rozhodnutí soudu o přidělení dítěte do péče prvním pojištěnému jako poručníkovi.
- Zprávu lékaře (viz níže) předložte k vyplnění odbornému lékaři, který má k dispozici lékařskou dokumentaci, týkající se Vašeho úrazu. Dovolujeme si Vás upozornit, že náklady spojené s vyplněním tohoto formuláře pojistitel neproplácí.
- Vyplněný formulář zašlete na shora uvedenou adresu nebo na e-mail: likvidace@cpp.cz.

Osobní údaje pojištěného

Čísla všech smluv, ze kterých uplatňujete pojistné plnění:

Jméno, příjmení, titul pojištěného:

Rodné číslo:

Adresa bydliště:

Telefon:

E-mail pro elektronickou komunikaci*:

*E-mail bude použit jen pro tuto škodní událost. Jeho uvedením pojištěný souhlasí s komunikací výhradně elektronickou formou.

Zákonný zástupce (je-li pojištěný nezletilý)

Jméno, příjmení, titul:

Rodné číslo:

Adresa bydliště:

Telefon:

Zpracování osobních údajů

Pojistitel v rámci pojišťovací činnosti zpracovává osobní údaje účastníků pojištění, fyzických osob (včetně pojistníka, pojištěného a oprávněných osob i obmyšleného) na základě zákonného zmocnění.

Osobní údaje zpracovává v rozsahu jména a příjmení, adresy trvalého bydliště i korespondenční adresy, rodného čísla či data narození, telefonního čísla a e-mailové adresy a údajů o zdravotním stavu a výdělečné či zájmové činnosti, popřípadě dalších údajů, které jsou oprávněně sděleny v souvislosti s pojištěním (tj. jsou mu sděleny subjektem údajů nebo jinou osobou se souhlasem subjektu údajů či na základě zákonného zmocnění), resp. které jsou nezbytné pro poskytnutí jakéhokoliv plnění z pojištění.

Tyto údaje zpracovává za účelem výkonu pojišťovací činnosti, výkonu práva a povinností z pojištění včetně správy pojištění a poskytování plnění z pojištění, a to po dobu trvání pojištění a práv a povinností z něj vyplývajících, případně po delší dobu, je-li tak stanoveno právními předpisy.

Prohlášení pojištěného

Pojištěný prohlašuje, že všechny údaje uvedl pravdivě a úplně a je si vědom dopadů uvedení nepravdivých údajů na povinnost pojistitele plnit. Pojištěný bere na vědomí a souhlasí s tím, že vlastnoruční podpisy osob na této žádosti jsou nahrazeny mechanickými prostředky (faksimile nebo reprodukce podpisu).

Pojištěný zmocňuje pojistitele, aby zjišťoval či ověřoval jeho zdravotní stav pro účely šetření škodné události, a to zejména formou dotazů u příslušných lékařů (zdravotnických zařízení), žádostí o poskytnutí lékařských zpráv, pořízení výpisů nebo opisů ze zdravotnické dokumentace, popř. z jiných zápisů, které se vztahují ke zdravotnímu stavu pojištěného; toto zmocnění platí i po smrti pojištěného.

Pojištěný zprošťuje v souladu se zákonem č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování, příslušného lékaře, resp. zdravotnické zařízení ve vztahu k pojistiteli mlčenlivosti ve stejném rozsahu, v jakém je pojistitel oprávněn požadovat informace či dokumenty podle předchozího odstavce a dále podle toho, jak je povinen je poskytovat pacientovi podle citovaného zákona, a to i v případě, že jde o diagnózu, která se pacientům v plném rozsahu nesděluje.

Uveďte další pojistitele, u kterých uplatňujete nárok z této škodné události

Plnění poukažte na účet č.

Kód banky

Pokud není vyplněno číslo účtu, pošle ČPP pojistné plnění na adresu uvedenou výše. Při zaslání plnění na adresu bude z této částky odečten poplatek dle platného sazebníku / přehledu poplatků.

V

dne

Prosíme, zajistěte vyplnění Zprávy lékaře!

podpis pojištěného (příp. zákonného zástupce)

ZPRÁVA LÉKAŘE

Informace pro lékaře:

Prosíme o čitelné vyplnění všech údajů. Pokud na níže uvedené dotazy odpovídáte ano nebo ne, označte odpověď křížkem.
Nestačí-li pro požadované údaje místo v předtištěných rubrikách, uveďte je na samostatném listu v příloze.

1. Údaje o úrazu

Datum úrazu:

Místo úrazu:

Popis úrazového děje, jak jej uvedl pojištěný:

Kdy došlo k prvnímu ošetření (uveďte datum, název a adresu zdravotnického zařízení a jméno lékaře):

Diagnóza tělesného poškození způsobeného úrazem včetně kódu diagnózy podle MKN-10:

2. Anamnéza pojištěného před úrazem

Bylo tělesné poškození způsobeno výlučně uvedeným úrazem?

Ano Ne

Pokud ano, uveďte, jaké zdravotní potíže se podílely na jeho vzniku:

Byla poraněná část těla již před úrazem postižena?

Ano Ne

Pokud ano, uveďte, jak a v jakém rozsahu:

Trpí pojištěný některou ze závažnějších nemocí (např. epilepsie, 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 byl úraz léčen a jaké následky zanechal:

ZPRÁVA LÉKAŘE

3. Léčení úrazu

Popište způsob léčení (u zlomenin, vymknutí a podvrtnutí udejte dobu pevné fixace):

Kde a kdy byl poraněný hospitalizován?

Od:

Do:

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

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

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

Je léčení skončeno?

Ano Ne

Zanechal-li úraz trvalé následky, jsou ustáleny?

Ano Ne

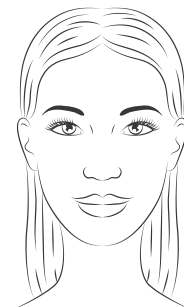
Pokud nejsou ustáleny, uveďte důvod:

4. Zjištěné trvalé následky úrazu

Subjektivní potíže udávané pojištěným:

ZPRÁVA LÉKAŘE

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



Při poranění končetin uveďte:

stupeň poruchy (lehký, střední, těžký), omezení hybnosti (rozsah ve stupních), hypotrofii svalstva, srovnání s druhou končetinou, stabilitu kloubu

HK – při poruše úchopové funkce: kolik cm chybí do úplného sevření, nemožnost natažení, při ztrátových poraněních – přesný popis (např. ztráta článku z kostí, bez kostí, polovina článku prstu)

DK – délku obou končetin, menisektomií (částečnou, úplnou)

PHK

LHK

PDK

LDK

Pojištěný je pravák, nebo levák?

Pravák Levák

Pojištěnému byla přiznána invalidita I. stupeň II. stupeň III. stupeň

Datum přiznání:

Datum:

Razítko a podpis lékaře:
Adresa zdrav. zařízení, telefon:

Česká podnikatelská pojišťovna, a.s., Vienna Insurance Group (dále jen „ČPP“) upozorňuje, že ten, kdo při uplatnění nároku na plnění z pojistné smlouvy uvede nepravdivé nebo hrubě zkreslené údaje nebo podstatné údaje zamlčí, vystavuje se možnosti postihu podle trestního zákona.

ČPP má právo na účelně vynaložené náklady šetření v případech nepravdivých a hrubě zkreslených údajů o rozsahu pojistné události.