

Jaké sporty jste provozoval do doby úrazu a v jakých soutěžích?	Jste registrován u některé sportovní organizace? Pokud ano, u jaké?
Máte uzavřenou profesionální smlouvu o sportovní činnosti? ANO <input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/>	Pokud ano, v jakém sportu?
Jméno a adresa lékaře nebo zdravotnického zařízení, které poskytlo první ošetření:	Kdy?
Kde jste se dále léčil?	Jméno a adresa Vašeho praktického lékaře:

Potvrzení pracovní neschopnosti

Potvrzení mzdové účtárny nebo Okresní správy sociálního zabezpečení

Délka pracovní neschopnosti pro uvedený úraz	Od	Do
Byl pojištěný v době úrazu plátcem nemocenského pojištění?	ANO <input type="checkbox"/>	NE <input type="checkbox"/>
Čerpal pojištěný pro uvedenou délku pracovní neschopnosti dávky nemocenské?	ANO <input type="checkbox"/>	NE <input type="checkbox"/>

Dne:

.....
Razítko a podpis mzdové účtárny nebo OSSZ

Výplata pojistného plnění

<input type="checkbox"/> Plnění poukážete na účet v peněžnímu ústavu	Číslo účtu	Kód banky	Specifický symbol	Variabilní symbol
<input type="checkbox"/> nebo na adresu	Ulice a číslo popisné, obec			<input type="checkbox"/> adresa totožná s adresou pojistného

Prohlášení

Pojištěného nebo zákonného zástupce (je-li pojištěný nezletilý):

Prohlašuji, že všechny mé odpovědi na písemně položené dotazy pojistitele uvedené v tomto tiskopisu jsou pravdivé a úplné a jsem si vědom důsledků nepravdivých odpovědí na povinnost pojistitele plnit. V souladu se zákonem č. 101/2000 Sb., o ochraně osobních údajů a o změně některých zákonů, ve znění pozdějších předpisů (dále jen „zákon“), souhlasím, aby mé osobní údaje, včetně údajů o mém zdravotním stavu, (resp. údaje týkající se nezletilého, jehož jsem zákonným zástupcem (dále jen „nezletilý“), včetně údajů o jeho zdravotním stavu) byly pojistitelem zpracovány v rámci činnosti v pojišťovnictví a činnosti související s pojišťovací činností podle zákona č. 363/1999 Sb., o pojišťovnictví a o změně některých souvisejících zákonů, ve znění pozdějších předpisů, a to po dobu nezbytně nutnou k zajištění práv a povinností plynoucích ze závazkového vztahu. Ve smyslu zákona č. 133/2000 Sb., o evidenci obyvatel a o rodných číslech a o změně některých zákonů, ve znění pozdějších předpisů, souhlasím s tím, aby ve stejném rozsahu, za stejným účelem a po stejnou dobu jako ostatní osobní údaje bylo využíváno rodné číslo, jehož jsem nositelem (resp. jehož nositelem je nezletilý). Prohlašuji, že jsem byl v souladu se zákonem řádně informován o zpracování mých osobních údajů (resp. údajů týkajících se nezletilého) do jiných států, a to ve smyslu §27 zákona. Veškeré poskytnuté údaje bude zpracovávat pojistitel nebo zpracovatel registrovaný v souladu s ust. § 16 zákona Úřadem pro ochranu osobních údajů. Pokud bylo pojistnou smlouvou sjednáno úrazové pojištění dětí, prohlašuji, že pojištěný jmenovitě uvedený v pojistné smlouvě není, ani k výše uvedenému datu vzniku úrazu nebyl, soudem zbaven rodičovské zodpovědnosti vůči nezletilému poškozenému. Dále zmocňuji pojistitele, aby si pro potřebu šetření pojistné události vyžadoval veškeré informace a potřebnou zdravotní dokumentaci o mém zdravotním stavu a léčení (resp. zdravotním stavu a léčení nezletilého) a zavazují se tuto zdravotní dokumentaci pro pojistitele zajistit. Zároveň žádám a opravňuji tímto všechny dotazované ošetřující lékaře, ústavy a zdravotnická zařízení o uvedení přesné diagnózy choroby, či přesný popis operace. Na důkaz svého souhlasu s výše uvedením zmocněním připojuji k tomuto prohlášení svůj podpis. Tímto zároveň lékaře, ústavy a zdravotnická zařízení, které pojistitel o uvedené informace požádá, zprošťuji od povinnosti zachovávat mlčenlivost.

Hlášitele nebo zplnomocněné osoby:

Prohlašuji, že všechny mé odpovědi na písemně položené dotazy pojistitele uvedené v tomto tiskopise jsou pravdivé a úplné. V souladu se zákonem č. 101/2000 Sb., o ochraně osobních údajů a o změně některých zákonů, ve znění pozdějších předpisů (dále jen „zákon“), výslovně souhlasím, aby mé osobní údaje byly pojistitelem zpracovány v rámci činnosti v pojišťovnictví a činnosti související s pojišťovací činností podle zákona č. 363/1999 Sb., o pojišťovnictví a o změně některých souvisejících zákonů, ve znění pozdějších předpisů, a to po dobu nezbytně nutnou k zajištění všech práv a povinností plynoucích ze závazkového vztahu. Ve smyslu zákona č. 133/2000 Sb., o evidenci obyvatel a o rodných číslech a o změně některých zákonů, ve znění pozdějších předpisů, souhlasím s tím, aby ve stejném rozsahu, za stejným účelem a po stejnou dobu jako ostatní osobní údaje bylo využíváno rodné číslo, jehož jsem nositelem (resp. jehož nositelem je nezletilý). Prohlašuji, že jsem byl v souladu se zákonem řádně informován o zpracování mých osobních údajů (resp. údajů týkajících se nezletilého), o svých právech a o povinnostech zpracovatelů údajů. Veškeré poskytnuté údaje bude zpracovávat pojistitel nebo zpracovatel registrovaný v souladu s ust. § 16 zákona Úřadem pro ochranu osobních údajů. Na důkaz svého souhlasu s výše uvedením připojuji k tomuto prohlášení svůj podpis. Zplnomocněná osoba zároveň prohlašuje, že v souladu s plnou mocí, kterou jí pojištěný udělil, je oprávněna jeho jménem žádat ošetřující lékaře o poskytnutí údajů o jeho zdravotním stavu a léčení včetně potřebné zdravotní dokumentace. Zároveň přikládá originál či ověřenou kopii udělené plné moci.

V dne

.....
Podpis pojištěného
(zákonného zástupce)

.....
Podpis hlášitele nebo zplnomocněné osoby
(předkládá-li tiskopis)

Zpráva lékaře o úrazu

(vyplní lékař pouze v případě vzniku úrazového poškození)

Poskytnutí údajů je v souladu se souhlasem pojištěného (viz přední strana formuláře). Prosíme o důkladné a čitelné vyplnění všech položek.

Údaje o úrazu

Příjmení a jméno pojištěného			Rodné číslo
Kdy došlo k úrazu? Dne:	Kdy k prvnímu lékařskému ošetření? Dne:	Co je uvedeno jako příčina úrazu ve zdravotní dokumentaci?	Pojištěný je: pravák <input type="checkbox"/> levák <input type="checkbox"/>
Podrobný popis všech tělesných poškození způsobených úrazem s uvedením známek poranění zjištěných při prvním ošetření:			
Diagnóza tělesného poškození způsobeného úrazem s uvedením stupně a rozsahu:			
RTG - kdy, kde a popis:			
Průběh a způsob léčení (včetně druhu a doby fixace a případně komplikace léčby):			
Fixace od:	Fixace do:	Data převazů a návštěv související se skutečnou dobou léčení úrazu:	
Došlo k prodloužení léčení v důsledku komplikací? Jakých?			

Další údaje

Operace ANO <input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/>	Pokud ano, kdy, kde a popis zákroku?		
Hospitalizace ANO <input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/>	Pokud ano, kde?	Od	Do

Celková doba léčení pod dohledem lékaře:		Pracovní neschopnost v důsledku úrazu:		Pokud nebyla vystavena pracovní neschopnost, uveďte důvod:
Od	Do	Od	Do	
Došlo v průběhu léčení k souběhu léčby jiného úrazu či nemoci? ANO <input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/>		Pokud ano, jakému?		
Došlo k úrazu v důsledku požití alkoholu nebo jiných návykových látek? ANO <input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/>		Pokud ano, uveďte příznaky požití: zjištěno % alkoholu		

Rehabilitace

Prováděna z důvodu:	Kde? (adresa)	Způsob?	
Doba RHB: Od Do	Pravidelná RHB? ANO <input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/>	Frekvence (kolikrát týdně):	Datum ustálení stavu v průběhu RHB:

Trvalé následky

Předpokládáte, že úraz zanechá trvalé následky? ANO <input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/>	Pokud ano, jakého pravděpodobného druhu?
---	--

Předchorobí

Byla funkce postižených orgánů omezena již před úrazem? ANO <input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/>	Pokud ano, v jakém rozsahu?
Trpěl pojištěný již před úrazem obtížemi nebo úrazy poraněné části těla? ANO <input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/>	Pokud ano, jakými?

Jiné sdělení lékaře

Potvrzují, že údaje v lékařské zprávě se týkají pojištěného uvedeného na přední straně tiskopisu.

Forma proplacení honoráře za vyplnění tiskopisu:

- na základě vystavené faktury
 placeno klientem
 na základě smluvního vztahu s pojišťovnou

Pro správné umístění platby proveďte identifikaci čitelně.

Kód lékaře přidělený pojišťovnou (pokud je Vám znám):	IČ (pokud existuje):
V	Dne

.....
Razítko a podpis lékaře