

## OZNÁMENÍ ÚRAZU

Vyplňte přední stranu tohoto formuláře slovy (neškrtejte), druhou stranu předložte k vyplnění svému lékaři. Za vyplnění uhradíte jím účtovaný honorář, neboť jde o zdravotní výkon, který nesleduje léčebný účel a je proveden na Vaši žádost a ve Vašem osobním zájmu. MAXIMA pojišťovna, a. s. se Vám bude podílet na jeho úhradě. Je-li sjednáno připojištění denního plnění při hospitalizaci následkem úrazu, je nutné k tomuto oznámení přiložit propouštěcí zprávu z nemocnice. U políček s možností volby hodící se zakroužkujte, nehodící se přeškrtněte křížkem.

<b>POJIŠTĚNÝ</b>		<b>Číslo pojistné události:</b>	
Rodné číslo:	Příjmení:	Jméno:	Titul:
Adresa-ulice (místo),č.p.:		Obec - dodací pošta:	PSC:
Telefon:	Číslo pojistné smlouvy:	Číslo pojistné smlouvy:	Číslo pojistné smlouvy:
Povolání - oblast podnikání:		Jste pravák nebo levák:	
Místo úrazu, datum, čas:			
Podrobný popis činnosti a okolností, za kterých k úrazu došlo: -----			
Poraněná část těla:	Byla postižena již před úrazem?		Ano Ne
U končetin a párových orgánů označte kroužkem poraněnou stranu	pravá	levá	
Adresa zdravotnického zařízení, které Vám poskytlo první ošetření:		datum:	
Adresa zdravotnického zařízení, ve kterém byl Váš úraz léčen:		Název Vaší zdravotní poj.:	
Jméno a adresa Vašeho praktického lékaře, u kterého máte kompletní zdravotní dokumentaci:			
Jste registrovaný sportovec?	Ano	Ne	Pokud ano, pro který sport? V jaké soutěži?
Nastal úraz při sport. nebo tělových. činnosti?	Ano	Ne	Došlo k úrazu při výkonu povolání? Ano Ne
Pokud ano, uveďte, zda byla organizována a kým:			
Při úrazu osob dopravovaných motorovým vozidlem, uveďte SPZ:	Počet doprav. osob	Počet sedadel:	Která z osob byla zraněna:
Jméno a adresa vlastníka vozidla:			
Jméno a adresa řidiče, spolujezdců:			
Jména svědků úrazu, adresa:			
Kdo případ vyšetřoval?			
Pojistné plnění poukažte na adresu nebo účet (uveďte jenom jednu z možností)			
Číslo účtu:	Kód banky:	Variabilní symbol:	

Prohlašuji, že všechny údaje jsem uvedl(a) pravdivě a úplně a že nárok na plnění z úrazu uplatňuji jen na tomto tiskopisu. Jsem si vědom(a) právních důsledků neúplných nebo nepravdivých odpovědí na povinnosti pojistitele plnit. Při uvedení nepravdivých, hrubě zkreslených údajů nebo zamlčením podstatných údajů se vystavuji možnosti postihu podle trestního zákona. Souhlasím, aby si pojistitel vyžádal potřebnou zdravotní dokumentaci o mém léčení a zdrav. stavu pro potřeby šetření poj. události. Tento souhlas uděluji k vyřizování poj. události i na dobu po mé smrti a dále zmocňuji lékaře, zdrav. zařízení k vyhotovení lékařských zpráv, výpisu ze zdrav. dokumentace či k její zapůjčení. V souladu s § 55 odst. 2 zákona č. 20/1966 Sb., o péči o zdraví lidu, opravňuji příslušného lékaře, aby pojistiteli na jeho žádost poskytl požadované informace tak, jak povinen je poskytovat pacientovi podle § 67b odst. 12 cit. zákona.

_____	v _____	_____
datum	místo	podpis pojištěného, příp. zákonného zástupce

# ZPRÁVA LÉKAŘE

Informace pro lékaře:

Odměnu za vyplnění tohoto tiskopisu Vám uhradí pojištěný, kterému její přijetí potvrdíte stvrzenkou. Prosíme o čitelné vyplnění všech údajů. U políček s možností volby hodící se zakroužkujte a nehodící se přeškrtněte křížkem. Nestačí-li pro požadované údaje místo, uveďte je na samostatném listu jako přílohu.

Lékař potvrzuje, že ošetřoval pojištěného, který je uveden na první straně tohoto tiskopisu a zjistil následující tělesné poškození:

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

Co udal pacient při prvním ošetření jako příčinu úrazu:

Diagnóza vlastního zranění (česky):

Kód diagnózy podle MKN - 10

RTG nález s popisem + kdy, kde:

Popis tělesného poškození úrazem s určením jeho rozsahu (u zubů - číselné označení poraněného zubu a zda úrazem došlo ke ztrátě nebo ohrožení vitality zubní dřevě):

Podrobně popište způsob léčení (u zlomenin, vymknutí a těžkých podvrtnutí udejte dobu pevné fixace):

Kde byl poraněný hospitalizován?

od:

do:

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

Předpokládaná doba léčení tělesného poškození bude činit \_\_\_\_\_ týdnů.

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

Uveďte datum, kdy došlo k ustálení zdrav. stavu bez dalšího funkčního zlepšení.

Celková doba léčení v důsledku úrazu trvala:

od:

do:

Byly poraněná část těla nebo orgán již před úrazem postiženy?

Ano

Ne

Pokud ano, uveďte jak a v jakém rozsahu:

Došlo k úrazu následkem požití alkoholu nebo návykových látek?

Ano

Ne

Pokud ano, uveďte o jaký druh návykové láky pravděpodobně šlo:

v krvi bylo zjištěno:

\_\_\_\_\_ promile alkoholu.

Jaké byly příznaky?

Bylo příčinou úrazu úmyslné sebepoškození?

Ano

Ne

Předpokládáte, že úraz zanechá trvalé následky?

Ano

Ne

Pokud ano, uveďte jakého pravděpodobného druhu a rozsahu:

Jiná zdravotní sdělení lékaře :

Název zdravotního zařízení nebo jméno lékaře:

Adresa, název oddělení

telefon

-----  
datum

-----  
místo

-----  
razítko a podpis lékaře