

Jméno a příjmení pojištěného:	Rodné číslo:
Bydliště:	Telefon:
Pojistná smlouva:	Škodná událost:

Poučení pro osobu uplatňující nároky:

1. Vyplňte pečlivě tuto stranu oznámení (část A), bez úplného vyplnění včetně podpisu pojištěného nebo jeho zákonného zástupce nelze škodnou událost vyřídit.
2. Druhou stranu tohoto oznámení (část B) předložte svému lékaři k vyplnění.
3. Nestačí-li místo pro požadované údaje, uveďte je zvlášť v příloze.

POTVRZENÍ O DOČASNÉ PRACOVNÍ NESCHOPNOSTI NÁSLEDKEM ÚRAZU – část A

VYPLNÍ POJIŠTĚNÝ

Datum úrazu:	Čas úrazu:	Místo úrazu:
Uveďte, prosím, souvisle a podrobně činnost a okolnosti, za kterých k úrazu došlo:		
Která část byla poraněna: Byla poraněná část již před úrazem postižená? <input type="checkbox"/> ANO <input type="checkbox"/> NE Došlo k úrazu při výkonu povolání? <input type="checkbox"/> ANO <input type="checkbox"/> NE Jaké povolání jste vykonával v období, kdy došlo k úrazu:	Adresa zdravotnického zařízení, kde bylo poskytnuto první ošetření: a kdy: kde jste se dále léčil: kde máte kompletní zdravotní dokumentaci:	
Jaký sport jste aktivně provozoval v období, kdy došlo k úrazu:	V jaké soutěži:	
Jména a adresy svědků:	Případ vyšetřoval (orgán, adresa):	
Jde-li o úraz osob dopravovaných motorovým vozidlem, uveďte RZ: jméno a adresu řidiče:		
Způsob výplaty pojistného plnění: <input type="checkbox"/> složenkou na adresu: <input type="checkbox"/> převodem na účet číslo: kód banky:		
<p>PROHLÁŠENÍ POJIŠTĚNÉHO:</p> <p>Prohlašuji, že jsem všechny otázky zodpověděl pravdivě a úplně, že jsem k hlášenému úrazu vyplnil pro Českou pojišťovnu ZDRAVÍ a.s. pouze toto jedno oznámení a že jsem si vědom důsledků nepravdivých odpovědí na povinnost pojistitele plnit.</p> <p>Souhlasím, aby si Česká pojišťovna ZDRAVÍ a.s. pro potřeby šetření škodné události vyžádala veškerou potřebnou zdravotnickou dokumentaci o mém léčení a zdravotním stavu.</p>		
Datum:	Podpis pojištěného (nebo jeho zákonného zástupce):	

ZPRÁVA O DOČASNÉ PRACOVNÍ NESCHOPNOSTI NÁSLEDKEM ÚRAZU – část B

VYPLNÍ LÉKAŘ (dle dostupné zdravotní dokumentace)

První lékařské ošetření (datum, adresa, zdravotnické zařízení, jméno lékaře):	
Co udal pacient jako příčinu úrazu?	
Popis poranění:	
RTG (popis):	
Diagnóza (zn. MKN-10 i slovně):	
Způsob léčení:	
Kde byl pacient hospitalizován?	od do
Operace:	
Rehabilitace (uveďte formu, délku, kolikrát týdně a datum ustálení zdravotního stavu):	
Došlo-li k prodloužení doby léčení v důsledku dalších komplikací, uveďte, prosím, z jaké příčiny a o jaké komplikace šlo:	
Došlo k hnisání?	od do
Celková doba léčení úrazu: od do	Doba pracovní neschopnosti (resp. u osob, kterým se PN nevystavuje, doba, na kterou by byla vystavena): od do
Rozsah postižení poraněné části těla před úrazem a jeho souvislosti s úrazem:	
Jiné poruchy zdraví před úrazem a jejich souvislost s úrazem:	
Došlo k úrazu následkem požití alkoholu nebo jiných návykových látek? Jaké byly příznaky? O jaký druh návykové látky pravděpodobně šlo? V krvi bylo zjištěno promile alkoholu. Bylo příčinou úrazu úmyslné sebepoškození?	
Předpokládáte, že úraz zanechá trvalé následky? Jakého pravděpodobně druhu a rozsahu?	
Jiná zdravotní sdělení lékaře:	
Datum vystavení:	Razítko a podpis lékaře: