

# OZNÁMENÍ POJISTNÉ UDÁLOSTI - ÚRAZ



MAXIMA pojišťovna, a.s. • Italská 1583/24, 120 00 Praha 2, ČR • email: lpu@maxima-as.cz • infolinka: +420 273 190 400  
IČ: 61328464 • zapsaná v OR Městského soudu v Praze pod RgB 3314 (pojistitel)

Prezenční razítko

Formulář je možné vyplnit elektronicky. Vyplňte přední stranu tohoto formuláře slovy, druhou stranu předložit 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. Náklady spojené s vyplněním zprávy lékaře pojistitel nehradí.

Číslo pojistné smlouvy

## Údaje o pojištěném

Jméno a příjmení

Rodné číslo

Adresa bydliště

Korespondenční adresa

E-mail

Telefonní kontakt

Povolání - oblast podnikání:

Jste pravák nebo levák

## Pojistná událost

Druh pojistné události

úraz (denní odškodné / tělesné poškození)  pracovní neschopnost následkem úrazu  invalidita následkem úrazu  hospitalizace následkem úrazu

Místo úrazu, datum, čas

Podrobný popis činnosti a okolností, za kterých k úrazu došlo

Poraněná část těla (u párových orgánů doplňte poraněnou stranu)

Byla postižena již před úrazem?

Ano  Ne

Adresa zdravotnického zařízení, které Vám poskytlo první ošetření

Datum

Adresa zdravotnického zařízení, kde probíhalo další léčení

Název / kód Vaší zdravotní pojišťovny

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

Pokud ano, uveďte, zda byla  
organizována a kým

Došlo k úrazu při výkonu povolání?

Ano  Ne

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

Byly okolnosti události vyšetřovány, a pokud ano, kým (doložte protokol PČR, soudní rozsudek, atd.)?

V případě vzniku invalidity následkem úrazu uveďte datum přiznání, stupeň a důvod invalidity (doložte rozhodnutí ČSSZ o přiznání invalidity)

Číslo bankovního účtu, popřípadě adresa pro zaslání pojistného plnění složenkou (uveďte pouze jednu z možností)

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 zdravotním stavu pro potřeby šetření pojistné události. Tento souhlas uděluji k vyřizování pojistné události i na dobu po mé smrti a dále zmocňuji lékaře, zdravotnické zařízení k vyhotovení lékařských zpráv, výpisu ze zdravotní dokumentace či k jejímu 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.

Podpis pojištěného, příp. zákonného zástupce  
(v případě zák. zástupce, uveďte jméno, příjmení a RČ)

Podepsáno v

Dne

# LÉKAŘSKÁ ZPRÁVA

Informace pro lékaře:

Odměnu za vyplnění tohoto tiskopisu Vám uhradí pojištěný, příp. zákonný zástupce. Prosíme o čitelné vyplnění všech údajů a doložení kopií požadovaných dokumentů. 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, hodinu, adresu zdravotnického zařízení a jméno lékaře)

Co udal pacient při prvním ošetření jako příčinu úrazu a odpovídá těl. poškození okolnostem, které udal?

Diagnóza vlastního zranění (česky)

Kód diagnózy podle MKN-10

RTG nález s popisem + kdy, kde nebo jiná speciální vyšetření (CT, MR) - přiložit kopii zprávy nebo vypsát závěry

Popis tělesného poškození úrazem s určením jeho rozsahu (u zhmožděnin uveďte, zda došlo k poruše funkce postižené části; u fixace druh a dobu; u rány typ a velikost; u popálenin rozsah a stupeň; u zubů číslo poraněného zubu a zda úrazem došlo ke ztrátě nebo ohrožení vitality apod.)

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

Kde byl pojištěný hospitalizován (doložte kopii propouštěcí zprávy)

od

do

Operace (přiložte prosím operační nález, kopii operačního protokolu)

Předpokládaná doba léčení tělesného poškození bude činit  týdnů.

Doba léčení v pracovní neschopnosti

od

do

(u osob, u kterých se pracovní neschopnost nevystavuje - například OSVČ, vyplňte dobu léčení, na kterou by jinak pracovní neschopnost vystavena byla)

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

Uveďte datum, kdy došlo k ustálení zdravotního 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 omamných látek nebo byl poškozený pod jejich vlivem?  Ano  Ne

Pokud ano, uveďte o jaký druh návykové látky 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

Razítko a podpis lékaře

Podepsáno v

Dne