Kooperativa
VIENNA INSURANCE GROUP

Číslo pojistné události

0 6 3

ZPRÁVA KE ZTÍŽENÍ SPOLEČENSKÉHO UPLATNĚNÍ

vypracovaná na základě zdravotnické dokumentace od všech poskytovatelů zdravotních služeb, u nichž byl poškozený léčen pro:

Úraz ze dne

A. POJISTITEL

Kooperativa pojišťovna, a.s., Vienna Insurance Group, Pobřežní 665/21, 186 00 Praha 8, Česká republika
IČO 47116617, zapsaná v obchodním rejstříku u Městského soudu v Praze, sp. zn. B 1897

B. POŠKOZENÝ

Rodné číslo | Příjmení | Jméno | Titul | ☐ Jiné státní občanství než ČR, jaké

Adresa trvalého pobytu/bydliště | Ulice (místo), číslo popisné/orientační | PSČ

Obec – dodací pošta | ☐ Jiný stát než ČR, jaký, ZIP kód

E-mail | Mobilní telefon | Telefon

Korespondenční adresa | Ulice (místo), číslo popisné/orientační | PSČ

Obec – dodací pošta

JE-LI POŠKOZENÝ NEZLETILÝ (NESVÉPRÁVNÝ), UVEĎTE JMÉNO A ADRESU JEHO ZÁSTUPCE

Rodné číslo | Příjmení | Jméno | Titul | ☐ Jiné státní občanství než ČR, jaké

Adresa trvalého pobytu/bydliště | Ulice (místo), číslo popisné/orientační | PSČ

Obec – dodací pošta | ☐ Jiný stát než ČR, jaký, ZIP kód

E-mail | Mobilní telefon | Telefon

C. ZPŮSOB VÝPLATY PLNĚNÍ

Pojistné plnění poukažte na číslo účtu | Kód banky | Specifický symbol

D. VYJÁDŘENÍ POŠKOZENÉHO

Podrobně popište, ve kterých sférách života a v jakých úkonech Vás následky poškození zdraví omezují se specifikací rozsahu jednotlivých omezení (dopady následků úrazu do společenského uplatnění)

Souhlasím s tím, aby pojistitel za účelem šetření pojistné události zpracovával ve smyslu zákona č. 101/2000 Sb., o ochraně osobních údajů, mé osobní údaje, včetně citlivých osobních údajů týkajících se mého zdravotního stavu. Beru na vědomí, že osobní údaje, vč. údajů o zdravotním stavu, jsou zpracovávány v rozsahu a po dobu nezbytnou pro výkon práv a plnění závazků vyplývajících z pojištění, že neposkytnutí relevantních údajů může způsobit nemožnost plnění z pojištění a dále že údaje mohou být poskytnuty třetí osobě pouze v souladu s citovaným zákonem. Byl jsem poučen o právu na informaci o rozsahu zpracování mých osobních údajů podle § 12 a právu na ochranu mých práv podle § 21 citovaného zákona.

Souhlasím s tím, aby pojistitel nebo pojistitelem určený lékař zjišťoval či ověřoval můj zdravotní stav pro účely šetření pojistné události, a to zejména formou dotazů u ošetřujících lékařů (poskytovatelů zdravotních služeb), žádostí o poskytnutí lékařských zpráv, pořízení výpisů nebo opisů ze zdravotnické dokumentace, popř. vypůjčení zdravotnické dokumentace; tento souhlas platí i po mé smrti a vztahuje se i na zjištění příčin mé smrti. Zároveň v souladu s § 51 odst. 2 písm. b) zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování, opravňuji příslušné poskytovatele zdravotních služeb, aby na jeho žádost poskytli požadované informace tak, jak jsou povinni je poskytovat pacientovi podle § 31 a násl. citovaného zákona.

Datum 2 0

V ..... Podpis poškozeného ..... Podpis zástupce, je-li poškozený nezletilý (nesvéprávný) .....

E. ZPRÁVA LÉKAŘE

Lékařské zprávy, ze kterých se určovalo trvalé poškození zdraví, přiložte přílohou.

Lze zdravotní stav poškozeného považovat za ustálený? ☐ Ano ☐ Ne

Pokud ano, kdy došlo k ustálení zdravotního stavu poškozeného (měsíc/rok)?

Jestliže k ustálení nedošlo, uveďte důvod

Zanechal úraz trvalé poškození zdraví? ☐ Ano ☐ Ne

Objektivní nález jednotlivých trvalých poškození zdraví včetně popisu jejich rozsahu (v cm, % nebo jiná bližší specifikace)

F. DOPLŇUJÍCÍ INFORMACE

Souvisí některé z trvalých poškození zdraví s předchozími změnami zdravotního stavu? ☐ Ano ☐ Ne

Pokud ano, o které předchozí poškození zdraví se jedná a jakého byly tyto změny rozsahu?

Jestliže došlo ke zhoršení trvalých následků poškození zdraví, které bylo již dříve hodnoceno, popište, v čem zhoršení nastalo (poslední hodnocení trvalých následků poškození zdraví přiložte přílohou)

Jiná sdělení lékaře

G. ZPRÁVU LÉKAŘE VYPRACOVAL

Jméno a příjmení lékaře a název poskytovatele zdravotních služeb		IČO
Ulice (místo), číslo popisné/orientační	Obec – dodací pošta	PSČ
Název oddělení		Telefonní číslo lékaře

Za vypracování této zprávy byla poškozenému vyúčtována částka ve výši _____ Kč

Datum ___ ___ 2 0 ___

.....

Podpis a razítko lékaře

Kooperativa