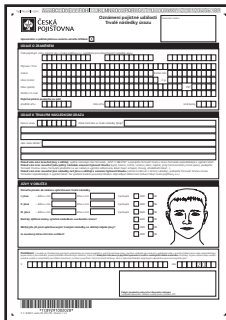


NAHLÁŠENÍ TRVALÝCH NÁSLEDKŮ ÚRAZU JE JEDNODUCHÉ...
... Zanechal vám úraz jizvy v obličeji?

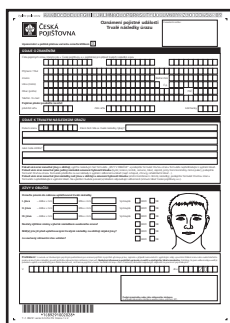
Formulář vyplňte až po ustálení zdravotního stavu (doporučená lhůta je 2–3 roky od data úrazu, nejpozději do 4 let od data úrazu, aby nedošlo k promlčení práva na plnění). Pokud nebyl vzniklý úraz ČP a.s. doposud hlášen, je nedílnou součástí tohoto oznámení trvalých následků úrazu také řádně vyplněný formulář „Oznámení pojistné události Úraz“. **Vyplňte prosím pouze první stranu tohoto formuláře!**

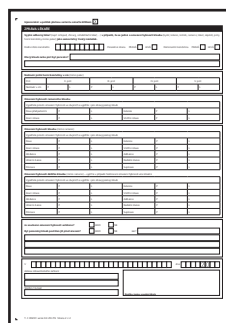


Není třeba chodit k lékaři a předkládat k vyplnění druhou stranu formuláře – šetříte čas i peníze!

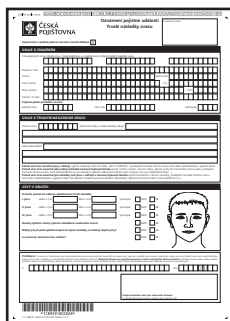
... Zanechal vám úraz jako jediný následek omezení hybnosti kloubu? (kyčel, koleno, kotník, rameno, loket, zápěstí, prsty horní končetiny mimo palec)

Formulář vyplňte až po ustálení zdravotního stavu (doporučená lhůta je 2–3 roky od data úrazu, nejpozději do 4 let od data úrazu, aby nedošlo k promlčení práva na plnění). Pokud nebyl vzniklý úraz ČP a.s. doposud hlášen, je nedílnou součástí tohoto oznámení trvalých následků úrazu také řádně vyplněný formulář „Oznámení pojistné události Úraz“. **Vyplňte prosím první stranu tohoto formuláře a druhou stranu formuláře předložte na své náklady k vyplnění odbornému lékaři!** (např. ortoped, chirurg, rehabilitační lékař...)




... Zanechal vám úraz jiné následky než jizvy v obličeji a omezení hybnosti kloubu? (včetně kombinací s těmito následky)

Formulář vyplňte až po ustálení zdravotního stavu (doporučená lhůta je 2–3 roky od data úrazu, nejpozději do 4 let od data úrazu, aby nedošlo k promlčení práva na plnění). Pokud nebyl vzniklý úraz ČP a.s. doposud hlášen, je nedílnou součástí tohoto oznámení trvalých následků úrazu také řádně vyplněný formulář „Oznámení pojistné události Úraz“. **Vyplňte prosím pouze první stranu tohoto formuláře!**




Smluvní lékař
České pojišťovny a.s.

Není třeba chodit k lékaři a předkládat k vyplnění druhou stranu formuláře – šetříte čas i peníze! Na vyšetření budete pozván(a) lékařem odpovídající odbornosti.

Výše uvedené prosím předejte do České pojišťovny a.s.:

- osobně na kterémkoli obchodním místě (seznam a adresy najdete na www.ceskapojistovna.cz)
- poštou na adresu: Česká pojišťovna a.s., P. O. Box 305, 601 00 Brno
- elektronicky v naskenované podobě prostřednictvím internetových stránek www.ceskapojistovna.cz/klient

V případě jakýchkoliv dotazů se prosím obraťte na pracovníky obchodních míst České pojišťovny a.s. nebo telefonicky na číslo Klientského servisu 841 114 114.



**ČESKÁ
POJIŠŤOVNA**

**Oznámení pojistné události
Trvalé následky úrazu**

Prezentační razítko:

Upozornění: u políček platnou variantu označte křížkem

ÚDAJE O ZRANĚNÉM

Číslo pojistných smluv, kterými jste u České pojišťovny a.s. pojištěn(a) pro případ trvalých následků úrazu

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------

Příjmení / Titul

<input type="text"/>

Jméno

<input type="text"/>	Rodné číslo	<input type="text"/>
----------------------	-------------	----------------------

Ulice (místo)

<input type="text"/>	Č.p.	<input type="text"/>
----------------------	------	----------------------

Obec (pošta)

<input type="text"/>	PSC	<input type="text"/>
----------------------	-----	----------------------

Telefon / E-mail

<input type="text"/>

Pojistné plnění poukážte na účet

předčíslí účtu

<input type="text"/>

číslo účtu

<input type="text"/>

kód banky

<input type="text"/>

ÚDAJE K TRVALÝM NÁSLEDKŮM ÚRAZU

Datum úrazu

<input type="text"/>

Které části těla se trvalé následky týkají?

<input type="text"/>

Jaké máte obtíže?

<input type="text"/>

Pokud vám úraz zanechal jizvy v obličeji, vyplňte následující část formuláře „JIZVY V OBLIČEJI“ a podepište formulář. Druhou stranu formuláře nepředkládejte k vyplnění lékaři.
Pokud vám úraz zanechal jako jediný následek omezení hybnosti kloubu (kyčel, koleno, kotník, rameno, loket, zápěstí, prsty horní končetiny mimo palec), podepište formulář. Druhou stranu formuláře předložte na své náklady k vyplnění odbornému lékaři (např. ortoped, chirurg, rehabilitační lékař...)
Pokud vám úraz zanechal jiné následky než jizvu v obličeji a omezení hybnosti kloubu (včetně kombinací s těmito následky), podepište formulář. Druhou stranu formuláře nepředkládejte k vyplnění lékaři. Na vyšetření budete pozván(a) lékařem odpovídající odbornosti (smluvní lékař České pojišťovny a.s.).

JIZVY V OBLIČEJI

Označte prosím do náčrtu uplatňované trvalé následky

I. jizva – délka v mm šířka v mm Vystoupilá ANO NE

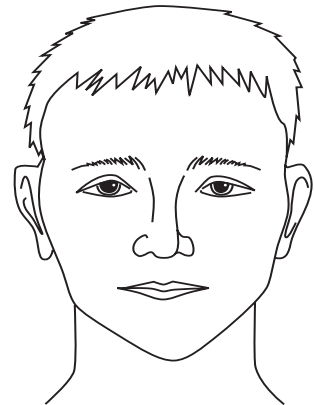
II. jizva – délka v mm šířka v mm Vystoupilá ANO NE

III. jizva – délka v mm šířka v mm Vystoupilá ANO NE

Nastaly zjištěné změny výlučně následkem uvedeného úrazu? ANO NE

Měl(a) jste již před uplatňovanými trvalými následky na obličeji nějaké jizvy? ANO NE

Je současný zdravotní stav ustálen? ANO NE



Prohlášení: V souladu se Všeobecnými pojistnými podmínkami pro úrazové pojištění si pojistitel vyhrazuje právo, zejména v případě nesrovnalostí s vyplněnými údaji v prvotním hlášení úrazu nebo nedostatečného popisu úrazu či jeho následků, provést prohlídku zdravotnickým zařízením, které určí. **Nezbytné informace je pojistitel oprávněn si ověřit u ošetřujícího lékaře zraněného.** Prohlašuji, že jsem veškeré údaje uvedl(a) pravdivě a úplně a nezamítl(a) jsem žádné skutečnosti, na které se pojistitel v tomto formuláři dotazuje. Jsem si vědom(a) důsledků nesprávných odpovědí na povinnost pojistitele plnit.

V

dne 20

Podpis zraněného nebo jeho zákonného zástupce
(v případě zákonného zástupce uveďte jméno, příjmení, RČ)



TC89291002028

