

OZNÁMENÍ POJISTNÉ UDÁLOSTI - TRVALÉ NÁSLEDKY ÚRAZU

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 předložte k vyplnění svému lékaři. Za vyplnění uhradíte jím účtovaný honorář, neboť jde o zdravotní výkon, který nesleduje léčebný účel a je proveden na Vaší 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

Pojistná událost

Datum úrazu

Které části těla se trvalé následky týkají?

Jaké máte obtíže?

Pokud vám úraz zanechal jizvy v obličejí, vyplňte následující část formuláře „JIZVY V OBLIČEJÍ“ a podepište formulář. Druhou stranu formuláře nepředkládejte k vyplnění lékaři.

Pokud vám úraz zanechal jiné následky než jizvy v obličejí, podepište formulář a druhou stranu předložte na své náklady k vyplnění lékaři s příslušnou odbornou atestací (např. ortoped, chirurg, rehabilitační lékař, ...).

V případě potřeby si pojistitel vyhrazuje právo předvolat klienta k prohlídce ve smluvním zdravotnickém zařízení pojistitele, které sám určí.

Číslo bankovního účtu pro zaslání pojistného plnění

Jizvy v obličejí

Označte, prosím, do náčrtu uplatňované trvalé následky úrazu

I. jizva - délka v mm

šířka v mm

vystouplá

ANO NE

II. jizva - délka v mm

šířka v mm

vystouplá

ANO NE

III. jizva - délka v mm

šířka v mm

vystouplá

ANO NE

Nastaly zjištěné změny výlučně následkem uvedeného úrazu?

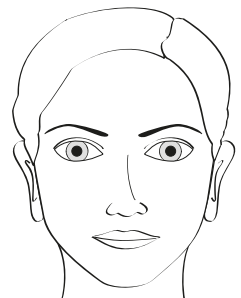
ANO NE

Měl(a) jste již před uplatňovanými trvalými následky na obličejí nějaké jizvy?

ANO NE

Je současný zdravotní stav ustálen?

ANO NE



Prohlašuji, že všechny údaje jsem uvedl/a pravdivě a úplně a že nárok na plnění z trvalých následků 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 zákonného zástupce uveďte jméno, příjmení, 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.

Vyplní odborný lékař (např. ortoped, chirurg, rehabilitační lékař, ...) **v případě, že se jedná o omezení hybnosti kloubu** (kyčel, koleno, kotník, rameno, loket, zápěstí, prsty horní končetiny mimo palec) **jako samostatný trvalý následek.**

Rodné číslo zraněného

Poraněná strana

 pravá levá

Dominantní končetina

 pravá levá

Který kloub nebo prst byl poraněn?

Prsty

Nedověr prstů horní končetiny v cm (mimo palec)

Prst	II. prst		III. prst		IV. prst		V. prst	
Nedověr v cm	P	L	P	L	P	L	P	L

Rameno

Omezení hybnosti ramenního kloubu

Vyjádřete, prosím, omezení hybnosti ve stupních a vyplňte i pro zdravý párový kloub

Flexe předpažením	P	L	Extenze	P	L
Zevní rotace	P	L	Vnitřní rotace	P	L

Jiné klouby (mimo ramene)

Omezení hybnosti kloubu (mimo ramene)

Vyjádřete, prosím, omezení hybnosti ve stupních a vyplňte i pro zdravý párový kloub

Flexe	P	L	Extenze	P	L
Zevní rotace	P	L	Vnitřní rotace	P	L
Abdukce	P	L	Addukce	P	L
Ulnární dukce	P	L	Radiální dukce	P	L
Pronace	P	L	Supinace	P	L

Omezení hybnosti kloubu (mimo ramene) - vyplňte v případě hodnocení omezení hybnosti více kloubů

Vyjádřete, prosím, omezení hybnosti ve stupních a vyplňte i pro zdravý párový kloub

Flexe	P	L	Extenze	P	L
Zevní rotace	P	L	Vnitřní rotace	P	L
Abdukce	P	L	Addukce	P	L
Ulnární dukce	P	L	Radiální dukce	P	L
Pronace	P	L	Supinace	P	L

Doplňující údaje

Je současné omezení hybnosti ustáleno? ANO NE

Byl poraněný kloub postížen již před úrazem? ANO NE

Jak?

Jiná zdravotní sdělení lékaře (jiné trvalé následky a jejich rozsah)

Název zdravotního zařízení nebo jméno lékaře

Adresa, název oddělení

Telefon

Razítko a podpis lékaře

Podepsáno v

Dne