

## FORMULÁŘ OZNÁMENÍ ÚRAZU

Jméno a příjmení pojištěného	<input type="text"/>	Rodné číslo	<input type="text"/>
Diagnóza úrazu / nemoci včetně kódu MKN 10	<input type="text"/>		Nemoc <input type="checkbox"/> Úraz <input type="checkbox"/>
Datum	<input type="text"/>	Hodina	<input type="text"/>
K prvnímu lékařskému ošetření došlo dne		<input type="text"/>	hodina <input type="text"/>
Jméno lékaře a adresa zdravotnického zařízení <input type="text"/>			
Byla vystavena pracovní neschopnost?	Ano <input type="checkbox"/> Ne <input type="checkbox"/>	Doba pracovní neschopnosti	Od <input type="text"/> Do <input type="text"/>
Hospitalizace	Od <input type="text"/> Do <input type="text"/>	Zařízení	<input type="text"/>
Celková doba léčení	Od <input type="text"/> Do <input type="text"/>	Vystaveno potvrzení PN č.	<input type="text"/>
		Datum vystavení	<input type="text"/>

Uveďte podrobný popis onemocnění (např. u zhmoždění uveďte zda došlo k poruše funkce postižené části, u rány typ a velikost, u popálenin rozsah a stupeň, u onemocnění popis průběhu)

RTG nález s popisem nebo jiná speciální vyšetření MR, CT - přiložit kopii zprávy, nebo vypsát závěry

Popis způsobu léčení (rehabilitace, komplikace)

Operace (datum)  přiložit kopii operačního protokolu

Při prodloužení doby léčení uveďte důvody (komplikace od-do)

Došlo k úrazu / nemoci v důsledku požití alkoholu nebo návykových látek nebo byl poškozený v době úrazu pod vlivem alkoholu nebo jiných návykových látek? Pokud ano, rozveďte (příznaky, promile alkoholu v krvi, apod.)

Ano  Ne

Bylo příčinou úrazu sebepoškození? Pokud ano uveďte podrobnosti

Ano  Ne

Došlo k úrazu cizím zaviněním

Ano  Ne

Byl úraz šetřen policií

Ano  Ne

Předpokládáte, že úraz zanechá TN? Pokud ano uveďte jakého pravděpodobně druhu a rozsahu

Ano  Ne

### Prohlášení pojištěného:

Zplnomocňuji tímto podle § 441 občanského zákoníku a § 50 a § 51 trestního řádu (§ 33 správního řádu) pracovníka Slavia pojišťovny a.s., aby ve smyslu § 65 trestního řádu (§ 38 správního řádu) pro potřeby likvidace výše uvedené škody nahlížel do vyšetřovacího spisu Policie ČR, činil z něho výpisky, pořizoval si na vlastní náklady kopie, činil návrhy orgánům činným v trestním řízení na doplnění dokazování a činil návrhy, žádosti a opravné prostředky spolu s poškozeným. Souhlasím s využitím svých citlivých osobních údajů ve smyslu zákona č. 101/2000 Sb., o ochraně osobních údajů, ve znění pozdějších předpisů, v rozsahu nezbytném k plnění závazků vyplývajících z této pojistné smlouvy a opravňuji všechny dotazované lékaře, zdravotnická zařízení, zdravotní pojišťovny a pojišťovny v ČR i v zahraničí informace o zdravotním stavu pojištěného a o jeho zdravotním pojištění sdělovat pojistiteli nebo osobám jím zplnomocněným, a to i po smrti pojištěného. Tento souhlas a toto oprávnění uděluji ve prospěch pojistitele a osob jím zplnomocněných výlučně za účelem plnění závazků vyplývajících z této pojistné smlouvy a trvají do vypořádání nároků z ní plynoucích. Opravňuji všechny dotazované lékaře, zdravotnická zařízení a zdravotní pojišťovny, aby poskytly Slavia pojišťovně a.s. veškeré citlivé informace o mém zdravotním stavu.

V	<input type="text"/>	Dne	<input type="text"/>	Počet příloh	<input type="text"/>
Razítko a podpis lékaře		Podpis pojištěného		Počet listů	<input type="text"/>
				V případě hospitalizace přiložit kopii propouštěcí zprávy.	

Tč:211419/2015/10