



Došlo k úrazu při organizované sportovní činnosti? Pokud ANO, při jaké?	Uvedte název a adresu pořádající organizace nebo tělovýchovné jednoty:		
Jaké sporty jste provozoval do doby úrazu a v jakých soutěžích?	Jste registrován u některé sportovní organizace? Pokud ANO, u jaké?		
Máte uzavřenou profesionální smlouvu o sportovní činnosti? ANO <input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/>	Pokud ANO, v jakém sportu?		
Jméno a adresa lékaře a zařízení, které poskytlo první ošetření:		Kdy:	
Kde jste se dále léčil:	Jméno a adresa Vašeho praktického lékaře:		

## Výplata pojistného plnění

Plnění poukážte na účet u peněžního ústavu: <input type="checkbox"/>	Číslo účtu	Kód banky	Specifický symbol	Variabilní symbol
Ulice a číslo popisné, obec: <input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/> adresa totožná s adresou pojistného

## Prohlášení

### Pojistěného nebo zákonného zástupce (je-li pojistěný nezletilý):

Prohlašuji, že všechny mé odpovědi na písemně položené dotazy pojistitele uvedené v tomto tiskopisu jsou pravdivé a úplné a jsem si vědom důsledků nepravdivých odpovědí na povinnost pojistitele plnit. V souladu se zákonem č. 101/2000 Sb., o ochraně osobních údajů a o změně některých zákonů, ve znění pozdějších předpisů (dále jen „zákon“), souhlasím, aby mé osobní údaje, včetně údajů o mém zdravotním stavu, (resp. údaje týkající se nezletilého, jehož jsem zákonným zástupcem (dále jen „nezletilý“), včetně údajů o jeho zdravotním stavu) byly pojistitelem zpracovány v rámci činnosti v pojišťovnictví a činnosti související s pojišťovací činností podle zákona č. 363/1999 Sb., o pojišťovnictví a o změně některých souvisejících zákonů, ve znění pozdějších předpisů, a to po dobu nezbytně nutnou k zajištění práv a povinností plynoucích ze závazkového vztahu. Ve smyslu zákona č. 133/2000 Sb., o evidenci obyvatel a o rodných číslech a o změně některých zákonů, ve znění pozdějších předpisů, souhlasím s tím, aby ve stejném rozsahu, za stejným účelem a po stejnou dobu jako ostatní osobní údaje bylo využíváno rodné číslo, jehož jsem nositelem (resp. jehož nositelem je nezletilý). Prohlašuji, že jsem byl v souladu se zákonem řádně informován o zpracování mých osobních údajů (resp. údajů týkajících se nezletilého), o svých právech a o povinnostech zpracovatelů údajů. Souhlasím s předáváním mých osobních údajů (resp. údajů týkajících se nezletilého) do jiných států, a to ve smyslu §27 zákona. Veškeré poskytnuté údaje bude zpracovávat pojistitel nebo zpracovatel registrovaný v souladu s ust. § 16 zákona Úřadem pro ochranu osobních údajů. Dále zmocňuji pojistitele, aby si pro potřebu šetření pojistné události vyžadoval veškeré informace a potřebnou zdravotní dokumentaci o mém zdravotním stavu a léčení (resp. zdravotním stavu a léčení nezletilého) a zavazuji se tuto zdravotní dokumentaci pro pojistitele zajistit. Zároveň žádám a opravňuji tímto všechny dotazované ošetřující lékaře, ústavy a zdravotnická zařízení o uvedení přesné diagnózy choroby, či přesný popis operace. Na důkaz svého souhlasu s výše uvedením zmocněním připojuji k tomuto prohlášení svůj podpis. Tímto zároveň lékaře, ústavy a zdravotnická zařízení, které pojistitel o uvedení informace požádá, zprůšťuji od povinnosti zachovávat mlčenlivost.

### Dále prohlašuji, že:

- nejsem nebo v posledním roce **jsem nebyl(a)** politicky exponovanou osobou ve smyslu ustanovení § 4 odst. 5 zákona č. 253/2008 Sb., o některých opatřeních proti legalizaci výnosů z trestné činnosti a financování terorismu.
- jsem** nebo v posledním roce **jsem byl(a)** politicky exponovanou osobou ve smyslu ustanovení § 4 odst. 5 zákona č. 253/2008 Sb., o některých opatřeních proti legalizaci výnosů z trestné činnosti a financování terorismu.

Politicky exponovaná osoba je nebo byla v postavení: .....

### Hláситеle nebo zplnomocněné osoby:

Prohlašuji, že všechny mé odpovědi na písemně položené dotazy pojistitele uvedené v tomto tiskopise jsou pravdivé a úplné. V souladu se zákonem č. 101/2000 Sb., o ochraně osobních údajů a o změně některých zákonů, ve znění pozdějších předpisů (dále jen „zákon“), výslovně souhlasím, aby mé osobní údaje byly pojistitelem zpracovány v rámci činnosti v pojišťovnictví a činnosti související s pojišťovací činností podle zákona č. 363/1999 Sb., o pojišťovnictví a o změně některých souvisejících zákonů, ve znění pozdějších předpisů, a to po dobu nezbytně nutnou k zajištění všech práv a povinností plynoucích ze závazkového vztahu. Ve smyslu zákona č. 133/2000 Sb., o evidenci obyvatel a o rodných číslech a o změně některých zákonů, ve znění pozdějších předpisů, souhlasím s tím, aby ve stejném rozsahu, za stejným účelem a po stejnou dobu jako ostatní osobní údaje bylo využíváno rodné číslo, jehož jsem nositelem (resp. jehož nositelem je nezletilý). Prohlašuji, že jsem byl v souladu se zákonem řádně informován o zpracování mých osobních údajů (resp. údajů týkajících se nezletilého), o svých právech a o povinnostech zpracovatelů údajů. Veškeré poskytnuté údaje bude zpracovávat pojistitel nebo zpracovatel registrovaný v souladu s ust. § 16 zákona Úřadem pro ochranu osobních údajů. Na důkaz svého souhlasu s výše uvedením připojuji k tomuto prohlášení svůj podpis. Zplnomocněná osoba zároveň prohlašuje, že v souladu s plnou mocí, kterou jí pojistěný udělil, je oprávněna jeho jménem žádat ošetřující lékaře o poskytnutí údajů o jeho zdravotním stavu a léčení včetně potřebné zdravotní dokumentace. Zároveň přikládá originál či ověřenou kopii udělené plné moci.

V \_\_\_\_\_ dne \_\_\_\_\_

.....  
Podpis pojistěného  
(zákonného zástupce)

.....  
Podpis hláситеle neo zplnomocněné osoby  
(předkládá-li tiskopis)

# Zpráva lékaře o trvalých následcích úrazu

Vyplní lékař pouze v případě trvalého poškození následkem úrazu. Poskytnutí údajů je v souladu se souhlasem pojištěného (viz. druhá strana formuláře). Všechny kolonky formuláře je důležité vyplnit důkladně a čitelně. K urychlení průběhu likvidace pomůže také doložení jakékoliv doplňující lékařské zprávy týkající se předmětného úrazu (operační protokol, propouštěcí zpráva z hospitalizace).

## Údaje o úrazu

Příjmení a jméno pojištěného (poškozeného jemuž se úraz stal):	Rodné číslo
DG úrazového poškození:	Úraz ze dne:

## Údaje o aktuálním rozsahu trvalého poškození

Prosíme označte o jaký druh poškození se jedná a uveďte podrobný popis rozsahu. Pokud se na trvalém poškození podílel předchozí úraz, následující úraz či onemocnění, popište jakou měrou? Do přílohy vyznačte lokalizaci a rozsah trvalého poškození vzniklého následkem předmětného úrazu na těle, končetinách, v oblasti hlavy a krku (jizvy, popáleniny apod.).

Poškození pohybového aparátu (aktuální rozsahy pohybu v porovnání u poškozené a nepoškozené končetiny, stabilita kloubů, atrofické změny, v případě poškození prstů ruky, nedověr poškozených prstů do dlaně v cm)

Ztrátová poškození (lokalizace a rozsah ztráty)

Neurologická poškození (popis rozsahu neurologického poškození)

Poškození očí (visus obou očí před a po úraze, apod.)

Poškození stálých zubů (vitalita zubů před a po úraze, ztráta zubu nebo jeho části, apod.)

Poškození smyslových orgánů (stav poraněného smyslového orgánu před a po úraze)

Jizvy (vzhled, lokalizace, rozsah jizvy - u popálenin plocha jizvy v cm<sup>2</sup>)

Omezení funkčnosti vnitřních orgánů

## Doplňující údaje k aktuálnímu rozsahu trvalého poškození

Je plánováno další léčení, případně operační řešení? Pokud ANO, napište jaké a kdy.

ANO  NE

Stav ustálen?

ANO  NE

## Další údaje

Operace ANO <input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/>	Pokud ANO, kdy, kde a popis zákroku? (přiložte operační protokol, propouštěcí zprávu z hospitalizace)		
Hospitalizace ANO <input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/>	Pokud ANO, kde?	Od:	Do:
Došlo k úrazu v důsledku požití alkoholu nebo jiných návykových látek? ANO <input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/>	Pokud ANO, uveďte příznaky požití:  zjištěno o/oo alkoholu		

## Předchorobí

Byla funkce postižených orgánů omezena již před úrazem? ANO <input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/>	Pokud ANO, v jakém rozsahu?
Trpěl poškozený již před úrazem obtížemi nebo úrazy poraněné části těla? ANO <input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/>	Pokud ANO, jakými?

## Jiné sdělení lékaře

Potvrzují, že údaje v lékařské zprávě se týkají pojištěného uvedeného na první straně tiskopisu.

Forma proplacení honoráře za vyplnění tiskopisu:

- na základě vystavené faktury  
 placeno klientem  
 na základě smluvního vztahu s pojišťovnou

Pro správné umístění platby proveďte identifikaci čitelně.

Kód lékaře přidělený pojišťovnou (pokud je Vám znám):

IČ (pokud existuje):

V

Dne

.....  
Razítko a podpis lékaře

## Příloha k lékařské zprávě

