



oznámení úrazu



(vyplňte čitelně obě strany formuláře)

<input type="checkbox"/> Denní odškodné	<input type="checkbox"/> Trvalé následky úrazu	Číslo pojistné smlouvy (smluv)
Máte sjednáno úrazové pojištění u jiného pojistitele? <input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne		Pokud ano, uveďte jméno pojistitele/ů

Vyplní pojištěný

Příjmení, jméno a titul	Rodné číslo	Kód zdravotní pojišťovny
Adresa (ulice, číslo, obec, PSČ)		Telefon domů / do zaměstnání
Povolání, obor	Adresa zaměstnavatele (školy)	Nemocensky pojištěn(a) <input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne

Údaje o úrazu*

Datum a čas úrazu	Místo úrazu	
Jak k úrazu došlo? (podrobně popište)		
Která část těla byla postižena a jak?		
Došlo k úrazu při sportu? Uveďte při jakém <input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne	Druh sportu – jste registrován(a)? <input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne Odkdy? <input type="text"/>	Pokud ano, uveďte druh sportu
Došlo k úrazu pod vlivem alkoholu nebo omamných látek? <input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne	Došlo k úrazu při dopravní nehodě? <input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne	Kdo úraz zavinil
Byla událost šetřena policií? <input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne	Název a adresa vyšetřujícího orgánu	
Jména a adresy svědků události (popř. i telefony)		
Jméno lékaře a adresa zařízení, které poskytlo první ošetření		Datum a hodina prvního ošetření <input type="text"/>
Jméno lékaře a adresa zařízení, kde jste se dále léčil(a)		

Pojistné plnění

Bez vyplnění této části není možné poskytnout pojistné plnění

Příjmení, jméno a titul osoby uplatňující právo na plnění <input type="checkbox"/> zákonný zástupce <input type="checkbox"/> pojištěný		
Adresa	Rodné číslo	
Pojistné plnění poukážete na účet číslo	Kód banky	Specifický symbol (např. číslo sporozíra,...)
Pokud nemáte účet, uveďte adresu, na niž má být pojistné plnění zasláno.		

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem se v době pracovní neschopnosti neúčastnil(a) pracovního procesu (školní docházky), tj. od _____ do _____.

Jsem si vědom(a) důsledků nesprávných odpovědí pro přiznání pojistného plnění.

Souhlasím, aby si AXA životní pojišťovna a.s. vyzádala veškerou potřebnou dokumentaci související s mým zdravotním stavem.

V	Dne <input type="text"/>	Podpis pojištěného (zákonného zástupce)
---	--------------------------	---

Totožnost osoby uplatňující nárok na pojistné plnění vyšší než 300 000 Kč musí být úředně ověřena!

*) v případě nedostatečné kapacity formuláře využijte, prosíme, zvláštní list papíru, který opatříte číslem pojistné smlouvy, podpisem osoby, která jej vyplnila (pojištěného, zák. zástupce)

1.LL40.02 06/2009





zpráva odborného lékaře o úrazu /

<input type="checkbox"/> Denní odškodné	<input type="checkbox"/> Trvalé následky úrazu
---	--

Údaje o úrazu (vyplní lékař)

Odovídá tělesné poškození okolnostem, jež postižený uvedl? <input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne	Diagnóza - kód
---	----------------

Jméno lékaře a adresa zařízení, které poskytlo první ošetření	Datum a hodina prvního ošetření
---	---------------------------------

Diagnóza (česky) - **podrobný** popis všech tělesných poškození způsobených úrazem

Byl již poraněn orgán před úrazem funkčně poškozen? <input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne	Kdy (datum), jak a v jakém rozsahu?
--	-------------------------------------

RTG a další zobrazovací vyšetření - datum a popis

V péči odborného lékaře - jiného od do
--

Průběh a způsob léčení - **podrobně**

Došlo k úrazu pod vlivem alkoholu nebo omamných látek? <input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne	Druh omamné látky	% alkoholu v krvi
---	-------------------	-------------------

Bylo příčinou úrazu úmyslné sebepoškození? <input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne

Byl porušen léčebný režim <input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne
--

Zanechal úraz trvalé následky? <input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne

Jaké - popis, rozsah

Je rozsah trvalých následků již ustálen? <input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne

Hospitalizace od do

Přílože vždy propouštěcí zprávu a v případě operace i operační protokol.

Pevná fixace od do

Rehabilitace od do

Pracovní neschopnost v důsledku úrazu od do včetně
--

U dětí a studentů uveďte dobu nezbytného léčení (neúčast v školní docházce), která by se rovnala pracovní neschopnosti

Jiná sdělení lékaře

Prohlášení

Potvrzuji, že údaje v lékařské zprávě se týkají osoby uvedené na první straně formuláře.

V	Dne	Razítko, podpis, adresa a telefon lékaře
---	-----	--

Úhrada za vyplnění zprávy

Klient zaplatí lékaři za vyplnění tohoto formuláře požadovanou částku, která mu bude uhrazena pojišťovnou do výše 150 Kč v případě uznání nároku na pojistné plnění.

Poznámka

V případě potřeby uveďte u jednotlivých bodů podrobnější údaje na zvláštní list.