

# Žádost o posouzení trvalých následků úrazu z cestovního pojištění



číslo pojistné smlouvy

Tuto 1. stranu formuláře vyplní pojištěný.

## Pojištěný

příjmení, jméno, titul

rodné číslo

telefon / e-mail

ulice

č. popisné/orientační

obec – část obce

PSČ

datum úrazu

místo úrazu

stát, ve kterém došlo k úrazu

Které části těla se trvalé následky týkají?

Popsjte mechanismus vzniku úrazu a jaké máte nyní obtíže.

Kde a kdy proběhlo 1. ošetření úrazu? Uveďte datum ošetření, název a adresu zdravotnického zařízení.

Nárokujete pojistné plnění také u jiné pojišťovny?  ano  ne

Pokud ano, u které (název)?

Údaje k trvalým následkům úrazu:

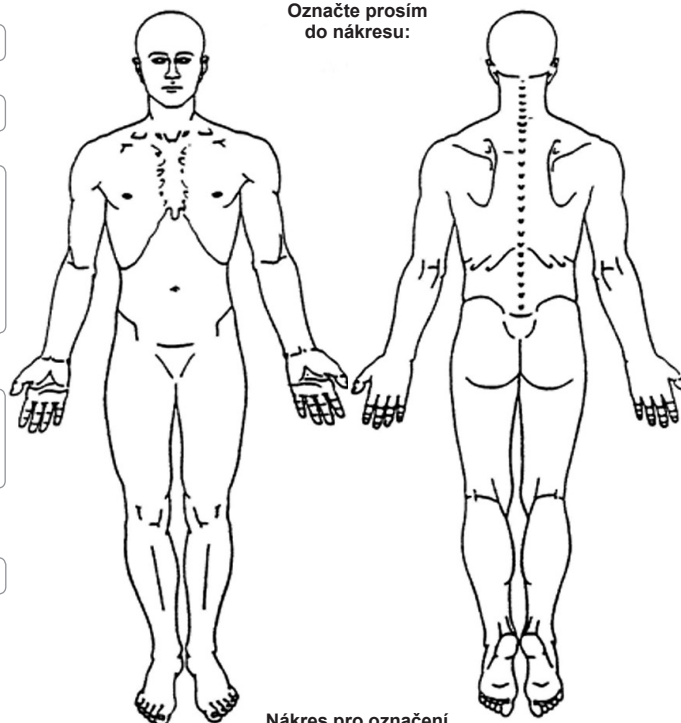
Podepište formulář a druhou stranu formuláře „Zpráva odborného lékaře“ předložte k vyplnění odbornému lékaři (např. ortopedovi, chirurgovi, atd.). K žádosti dále doložte kopii zprávy z 1. ošetření po úrazu a kopie lékařských zpráv z celého průběhu léčby (pokud již nebyly poskytnuty). Vyplněný formulář spolu s kopií zdravotní dokumentace zašlete zpět na níže uvedenou adresu Generali Pojišťovna a.s., likvidace pojistných událostí cestovního pojištění. V případě, že budete pojistitelem vyzván na vyšetření smluvním lékařem Generali Pojišťovna a.s., postupujte podle pokynů, uvedených v předvolání k lékařské prohlídce.

### Prohlášení pojištěného:

Prohlašuji, že jsem veškeré údaje uvedl(a) pravdivě a úplně a nezamlčel(a) jsem žádné skutečnosti, na které se pojistitel v tomto formuláři dotazuje. Jsem si vědom(a) důsledků nesprávných odpovědí na povinnost pojistitele plnit.

Souhlasím s tím, aby si pojistitel zjišťoval a přezkoumával můj fyzický i psychický zdravotní stav u všech lékařů a zdravotnických zařízení, u kterých jsem se léčil(a), léčím. Tento souhlas uděluji za účelem vyřizování pojistných událostí s tím, že zmocňuji lékaře a zdravotnická zařízení k vyhotovení lékařských zpráv, provedení výpisu ze zdravotnické dokumentace nebo k jejímu zapůjčení pojistiteli, a proto zprošťuji povinnosti mlčenlivosti dotazované lékaře a pracovníky zdravotnických zařízení.

Označte prosím do nákrasu:



Nákras pro označení následků úrazu v obličeji:



## Poukázání pojistného plnění

 na účet

číslo účtu

kód banky

 poštovní poukázkou

příjmení, jméno

adresa

V případě výplaty poštovní poukázkou bude odečten administrativní poplatek ve výši 50 Kč.

příjmení, jméno, datum narození a adresa zákonného zástupce u nezletilého

Prohlašuji, že  jsem  nejsem jako zákonný zástupce pojištěné osoby v insolvenčním řízení.

podpis pojištěného, příp. zákonného zástupce

datum

místo



# Zpráva odborného lékaře



číslo pojistné smlouvy

**Tuto 2. stranu formuláře vyplní odborný lékař.**

**Upozornění:** u políček platnou variantu označte křížkem

## Pojištěný

příjmení, jméno, titul

rodné číslo

## Lékařská zpráva

### Který kloub byl poraněn?

Popis objektivních příznaků a přesný popis poruchy funkce části těla, která byla úrazem postižena:

poraněná strana  pravá  levá

### Omezení hybnosti kloubu

Vyjádřete 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

Při poranění kloubů ruky uveďte nedovření do dlaně v cm

Jiné údaje:

V případě jizev uveďte jejich přesnou lokalizaci, délku či plochu a tvar:

charakter jizvy  normální  hypertrofická  keloidní

U plošných jizev současně uveďte výšku a váhu pojištěného  cm /  kg

Ostatní trvalé následky:

Doplňující údaje:

Mají vliv na rozsah trvalých následků onemocnění s úrazem nesouvisející? (např. diabetes mellitus, atd.)  ano  ne

Popis:

Je skončeno léčení úrazu a je současný zdravotní stav ustálen?  ano  ne

Byla poraněná končetina nebo orgán již před úrazem postižen/a?  ano  ne

Kdy a v jakém rozsahu:

Ostatní sdělení odborného lékaře:

V nezbytných případech prosíme o spolupráci při zapůjčení RTG snímků pro potřeby posouzení trvalých následků odborným lékařem pojišťovny. Poskytněte klientovi fotokopie posledních odborných nálezů, aby nám je mohl odeslat společně s tímto formulářem.

## Podpisy

jméno lékaře nebo název a adresa zdravotnického zařízení včetně telefonního nebo případně i emailového kontaktu

razítko a podpis lékaře

datum

počet příloh