

ZPRÁVA LÉKAŘE DOBA NEZBYTNÉHO LÉČENÍ

Číslo pojistné události
(vyplní pojišťovna)

Číslo pojistky = číslo cestovní smlouvy

I. Oznámení pojištěného

Příjmení a jméno:	Rodné číslo								
Adresa trvalého bydliště:									PSČ:
Kontaktní telefon:									
Název zdravotní pojišťovny:									Kód:

II. Údaje o zdravotním stavu pojištěného (vyplní lékař)

Kdy bylo (podle zdravotní dokumentace) poskytnuto první lékařské ošetření?

Datum ošetření:	Hodina ošetření:
Místo ošetření:	Stát:

Popis poranění: (v případě potřeby rozvedte v příloze)

.....

.....

.....

Diagnóza (kód):

Popis způsobu a druhu ošetření: (v případě potřeby rozvedte v příloze)

.....

.....

.....

Byl pojištěný hospitalizován? ANO NE V případě, že **ANO** uveďte od - do:

Kde? (název a adresa zdrav. zařízení)

Byla pojištěnému vystavena pracovní neschopnost? ANO NE V případě, že **ANO** uveďte od - do:

Byla prováděna rehabilitační péče? ANO NE V případě, že **ANO** uveďte od - do:

Kde? (název a adresa zdrav. zařízení)

Způsob rehabilitační léčby?

.....

Nastaly při léčení další komplikace? ANO NE V případě, že **ANO** uveďte datum vzniku:

Jaké komplikace nastaly?

.....

Způsob léčení komplikací?

.....

U končetin a párových orgánů uveďte poraněnou stranu	<input type="checkbox"/>	Pravá	<input type="checkbox"/>	Levá	Pojištěný je	<input type="checkbox"/>	Pravák	<input type="checkbox"/>	Levák
--	--------------------------	-------	--------------------------	------	--------------	--------------------------	--------	--------------------------	-------

Celková doba nezbytného léčení (od – do):					
Byla poraněná část těla postižena úrazem již dříve?	<input type="checkbox"/>	ANO	<input type="checkbox"/>	NE	V případě, že ANO uveďte kdy:
Jakým způsobem?					
Došlo k úrazu následkem požití alkoholu nebo pod vlivem návykových látek?	<input type="checkbox"/>	ANO	<input type="checkbox"/>	NE	
V krvi bylo zjištěno ‰ alkoholu.					
O jaký druh návykové látky pravděpodobně šlo?					
Bylo příčinou úrazu úmyslné sebepoškození?	<input type="checkbox"/>	ANO	<input type="checkbox"/>	NE	
Předpokládáte, že úraz zanechá trvalé následky?	<input type="checkbox"/>	ANO	<input type="checkbox"/>	NE	
V případě, že ANO jakého pravděpodobného rozsahu?					
.....					
.....					
<u>Jiná zdravotní sdělení lékaře:</u> (v případě potřeby rozvedte v příloze)					
.....					
III. Údaje o lékaři					
Jméno lékaře:			Kontaktní telefon:		
Adresa lékaře:					PSČ:
V dne podpis lékaře a razítko					
IV. Pojistné plnění poukázat					
(V případě zaslání pojistného plnění poštovní poukázkou bude pojištěnému od přiznaného pojistného plnění odečtena částka za poštovné)					
Poštovní poukázkou na jméno a adresu:					
.....					
Na účet číslo / banka:			variabilní symbol:		
v peněžním ústavu (název a sídlo):					

Souhlasím s tím, aby si pojišťovna vyžádala o mém léčení a zdravotním stavu veškerou potřebnou dokumentaci.
 Souhlasím s tím, aby Cestovní pojišťovna ADRIA Way družstvo zpracovávala ve smyslu zákona č. 101/2000 Sb., o ochraně osobních údajů, mé osobní a citlivé údaje v rámci pojišťovací a zajišťovací činnosti a to po dobu potřebnou pro účely cestovního pojištění.

V dne podpis pojištěného (oprávněné osoby)

V. Údaje posudkového lékaře	
Diagnóza (kód):	
Plnění v % (dle oceňovacích tabulek):	
V dne podpis posudkového lékaře	

VI. Vysvětlení
Nárok na pojistné plnění vzniká za podmínek stanovených ve Všeobecných pojistných podmínkách pro cestovní pojištění a Smluvních ujednáních pro cestovní pojištění.
Za nezletilého uplatňuje nárok na pojistné plnění jeho zákonný zástupce (oprávněná osoba).
K této Zprávě lékaře přiložte všechnu zdravotní dokumentaci (kopie) a všechny lékařské zprávy (kopie), které se týkají doby nezbytného léčení.
V případě, že nebyl uvedený úraz dosud nahlášen Cestovní pojišťovně ADRIA Way družstvo, přiložte k této Zprávě lékaře vyplněný tiskopis Oznámení pojistné události z úrazového pojištění .