

ZPRÁVA LÉKAŘE DOBA NEZBYTNÉHO LÉČENÍ

Číslo pojistné události <small>(vyplní pojišťovna)</small>

Číslo pojistky = číslo cestovní smlouvy

I. Oznámení pojištěného									
Příjmení a jméno:	Rodné číslo	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
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:				
<u>Popis poranění:</u> (v případě potřeby rozvedte v příloze)									
.....									
.....									
.....									
Diagnóza (kód):									
<u>Popis způsobu a druhu ošetření:</u> (v případě potřeby rozvedte v příloze)									
.....									
.....									
.....									
Byl pojištěný hospitalizován? <input type="checkbox"/> ANO <input type="checkbox"/> NE V případě, že ANO uveďte od - do:									
Kde? (název a adresa zdrav. zařízení)									
Byla pojištěnému vystavena pracovní neschopnost? <input type="checkbox"/> ANO <input type="checkbox"/> NE V případě, že ANO uveďte od - do:									
Byla prováděna rehabilitační péče? <input type="checkbox"/> ANO <input type="checkbox"/> NE V případě, že ANO uveďte od - do:									
Kde? (název a adresa zdrav. zařízení)									
<u>Způsob rehabilitační léčby?</u>									
.....									
Nastaly při léčení další komplikace? <input type="checkbox"/> ANO <input type="checkbox"/> NE V případě, že ANO uveďte datum vzniku:									
<u>Jaké komplikace nastaly?</u>									
.....									
<u>Způsob léčení komplikací?</u>									
.....									
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 .