

PU č.:

Datum úrazu: den

měsíc

rok

POSUDEK O ZTÍŽENÍ SPOLEČENSKÉHO UPLATNĚNÍ

vypracovaný dle nař. vl. č. 276/2015 Sb. a na základě zdravotnické dokumentace od všech poskytovatelů zdravotních služeb, u nichž byl poškozený léčen pro:

POŠKOZENÝ			
Rodné číslo	Příjmení:	Jméno:	Titul:
Trvalá adresa:			PSČ:
Telefon:	Mobil:	E-mail, jiný kontakt (komunikace může obsahovat i zdravotní údaje):	

JE-LI POŠKOZENÝ NEZLETILÝ (NESVÉPRÁVNÝ), UVEĎTE JMÉNO A ADRESU JEHO ZÁSTUPCE			
Rodné číslo	Příjmení:	Jméno:	Titul:
Trvalá adresa:			PSČ:
Telefon:	Mobil:	E-mail, jiný kontakt (komunikace může obsahovat i zdravotní údaje):	

ZMOCNĚNÍ KE ZJIŠŤOVÁNÍ A OVĚŘOVÁNÍ ZDRAVOTNÍHO STAVU A ZPROŠTĚNÍ MLČENLIVOSTI

Pojištěný/poškozený uděluje v souladu s § 2828, a jde-li o pojištění odpovědnosti v souladu s § 2864, zákona č. 89/2012 Sb., občanského zákoníku, souhlas pojištěteli, aby zjišťoval či ověřoval jeho zdravotní stav pro účely šetření pojistných událostí či výkonu jiných práv a povinností z pojistné smlouvy, a to zejména formou dotazů u příslušných lékařů (poskytovatelů zdravotních služeb), žádostí o poskytnutí lékařských zpráv, pořízení výpisů nebo opisů ze zdravotnické dokumentace, popř. z jiných zápisů, které se vztahují ke zdravotnímu stavu pojištěného/poškozeného; tento souhlas platí i po smrti pojištěného/poškozeného a vztahuje se i na zjištění příčiny jeho smrti. Dále pojištěný/poškozený opravňuje k poskytnutí těchto informací správu sociálního zabezpečení.

Pojištěný/poškozený zproštuje v souladu s § 51 odst. 2 písm. b) zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování, příslušného lékaře, resp. poskytovatele zdravotních služeb, ve vztahu k pojištění mlčenlivosti ve stejném rozsahu, v jakém je pojištětel oprávněn požadovat informace či dokumenty podle předchozího odstavce, a dále podle toho, jak je povinen je poskytovat pacientovi podle § 31 a násl. citovaného zákona, a to i v případě, že jde o diagnózu, která se obvykle pacientům v plném rozsahu nesdílí.

ZPRACOVÁNÍ OSOBNÍCH ÚDAJŮ

V následující části jsou uvedeny základní informace o zpracování Vašich osobních údajů. Více informací, včetně možnosti podání námítky v případě zpracování na základě oprávněného zájmu, práva na přístup a dalších práv, naleznete v dokumentu Informace o zpracování osobních údajů v neživotním pojištění, který je trvale dostupný na webové stránce www.cpp.cz v sekci „O SPOLEČNOSTI“.

INFORMACE O ZPRACOVÁNÍ ÚDAJŮ O ZDRAVOTNÍM STAVU

Berete na vědomí, že jsou-li pro šetření pojistné události nezbytné údaje o zdravotním stavu, zpracovává je pojištětel na základě nezbytnosti pro **určení, výkon a obhajobu právních nároků**, a to za účelem správy a ukončení pojistné smlouvy, likvidace pojistné události a za účelem ochrany před neoprávněnými či protiprávními nároky a předcházení podvodům a jejich vyšetřování, zajištění a soupojištění.

INFORMACE O ZPRACOVÁNÍ OSOBNÍCH ÚDAJŮ VYJMA ÚDAJŮ O ZDRAVOTNÍM STAVU

Berete na vědomí, že identifikační a kontaktní údaje, údaje pro ocenění rizika při vstupu do pojištění a údaje o využívání služeb zpracovává pojištětel na základě **oprávněného zájmu** pro účely zajištění řádného nastavení a plnění smluvních vztahů s pojištěným a souvisejících vztahů s pojištěným, případně poškozeným, správy a ukončení pojistné smlouvy, likvidace pojistné události, zajištění a soupojištění, ochrany právních nároků pojištětele a prevence a odhalování pojistných podvodů a jiných protiprávních jednání. Proti takovému zpracování máte právo kdykoli podat námítku, která může být uplatněna způsobem uvedeným v Informacích o zpracování osobních údajů v neživotním pojištění.

Berete na vědomí, že shora uvedené osobní údaje zpracovává pojištětel také na základě a pro účely **plnění zákonných povinností**, které se na pojištětele vztahují.

Odesláním tohoto formuláře potvrzujete, že jste se důkladně seznámil s dokumentem Informace o zpracování osobních údajů v neživotním pojištění, zejména s rozsahem zpracovávaných údajů, právními základy (důvody), účely a dobou zpracování osobních údajů a právy, která Vám v této souvislosti náleží.

Způsob výplaty plnění		
Pojistné plnění poukážte na číslo účtu:	Kód banky:	specifický symbol:

Datum: V

Podpis poškozeného:

Podpis zástupce

KLASIFIKACE POŠKOZENÍ ZDRAVÍ - DLE PŘÍLOHY Č. 3 NAŘÍZENÍ VLÁDY

Slovní označení diagnózy tělesného poranění způsobeného úrazem (česky)	Číslo položky	Počet bodů	Snížení v %* § 4, odst. 5
Celkem			

* Bylo ztížení společenského uplatnění způsobeno již předchozími změnami zdravotního stavu nesouvisejícími s poškozením zdraví pracovním úrazem? (§ 4, odst. 5) ☐ Ano ☐ Ne

Pokud ANO
a) o jaké předchozí poškození zdraví se jedná:

b) jakého rozsahu byly tyto změny: ☐ Lehkého rozsahu o 10% ☐ Středního rozsahu o 20% ☐ Těžkého rozsahu o 30%

DOPLŇUJÍCÍ INFORMACE

Lze zdravotní stav poškozeného považovat za ustálený? ☐ Ano ☐ Ne

Pokud ano, kdy došlo k ustálení zdravotního stavu poškozeného (měsíc/rok)?

Jestliže k ustálení nedošlo, uveďte důvod:

Jestliže došlo ke zhoršení trvalých následků poškození zdraví, které bylo již dříve hodnoceno, popište, v čem zhoršení nastalo (poslední hodnocení trvalých následků poškození zdraví přiložte přílohou):

Jiná sdělení lékaře:

ZPRÁVU LÉKAŘE VYPRACOVAL

Jméno a příjmení lékaře a název poskytovatele zdravotních služeb:		ICO:
Ulice (místo), číslo popisné/orientační:	Obec-dodací pošta:	PSČ:
Název oddělení:	Telefonní číslo lékaře:	

Za vypracování této zprávy byla poškozenému vyúčtována částka ve výši

Kč.

Datum:

Podpis a razítko lékaře:

Platnou variantu označte křížkem.

