

Posudek o ztížení společenského uplatnění



vypracovaný podle vyhl. č. 440/2001 Sb.,
na základě zdravotnické dokumentace od všech zdravotnických zařízení,
v nichž byl poškozený léčen pro úraz, PÚ, NzP¹⁾, ze dne²⁾

Datum	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Číslo pojistné události	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>

A. POŠKOZENÝ	Rodné číslo	<input type="text"/>	Příjmení	<input type="text"/>	Jméno	<input type="text"/>	Titul	<input type="text"/>	
	Adresa	Ulice (místo), číslo popisné/orientační					PSČ	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	Obec – dodací pošta								
	E-mail	<input type="text"/>			Mobilní telefon	<input type="text"/>	Telefon	<input type="text"/>	
	JE-LI POŠKOZENÝ NEZLETILÝ, UVEĎTE JMÉNO A ADRESU JEHO ZÁKONNÉHO ZÁSTUPCE								
	Rodné číslo	<input type="text"/>	Příjmení	<input type="text"/>	Jméno	<input type="text"/>	Titul	<input type="text"/>	
	Adresa trvalého pobytu/bydliště	Ulice (místo), číslo popisné/orientační					PSČ	<input type="text"/>	
	Obec – dodací pošta								
	E-mail	<input type="text"/>			Mobilní telefon	<input type="text"/>	Telefon	<input type="text"/>	

¹⁾ PÚ - pracovní úraz, NzP - nemoc z povolání, nehodící škrtněte.
²⁾ U NzP uveďte datum zjištění NzP.

B. KLASIFIKACE POŠKOZENÍ ZDRAVÍ	(Vyplňte prosím česky)		Počet bodů
	1.	položka	<input type="text"/>
2.	položka	<input type="text"/>	<input type="text"/>
3.	položka	<input type="text"/>	<input type="text"/>
4.	položka	<input type="text"/>	<input type="text"/>
5.	položka	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	Celkem	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Ztížení společenského uplatnění zvýšeno o % (nejvýše 50 %)

Co můžete pro doplnění nebo objasnění posudku uvést o ztížení společenského uplatnění (omezení v dosavadní činnosti a ostatním životě)?

.....

.....

.....

Za vyhotovení tohoto lékařského posudku byla poškozenému vyúčtována úhrada ve výši Kč, kterou uhradil.
Je-li pojistná událost likvidní, pojišťovna tuto částku zaplatí poškozenému (při refundaci škody pojištěnému).

Datum	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Razítko a podpis lékaře	

Vyplněný formulář zašlete na adresu

Kooperativa pojišťovna, a.s., Vienna Insurance Group
P. O. Box 50, 664 42 Modřice