

| | | |
|-----------------------|----------------------|-----------------------|
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Úvěrová smlouva číslo | Číslo kreditní karty | Číslo škodné události |

Pojištěný

| | | | |
|-----------------------|----------------------|------------------------|----------------------|
| <input type="text"/> | | <input type="text"/> | |
| Příjmení | | Jméno | |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Titul | Rodné číslo | Telefon (8 - 17 hodin) | |
| <input type="text"/> | | | |
| Ulice | | | |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Č.p. | PSC | Obec | |
| <input type="text"/> | | | |
| Název zaměstnavatele | | | |
| <input type="text"/> | | <input type="text"/> | |
| Adresa zaměstnavatele | | Telefon | |

Všeobecné údaje

– Prosíme vyplňte oznámení ve všech kolonkách a nechte vyplnit zprávu ošetřujícím lékařem!

Zaměstnaní

| | | | | |
|--------------------------------------|----------|--------------------------|---------------------|--------------------------|
| <input type="text"/> | od | <input type="text"/> | do | <input type="text"/> |
| Vykonávaná činnost/pracovní zařazení | | | | |
| <input type="checkbox"/> | ano | <input type="checkbox"/> | ne | registrace platná od |
| <input type="text"/> | | | Platnost trvá dosud | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | ano | <input type="checkbox"/> | ne | Od kdy? |
| <input type="text"/> | | | | |
| Nezaměstnaný | | | | |
| <input type="checkbox"/> | ano | <input type="checkbox"/> | ne | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | ano | <input type="checkbox"/> | ne | <input type="checkbox"/> |
| Student | Důchodce | Žena v domácnosti | | |

Kdy k události došlo?

| | | |
|----------------------|----------------------|----------------------|
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Datum | Hodina | Místo |

Podrobný popis škody?

(uveďte jak došlo k úrazu, důvod pracovní neschopnosti?)

| |
|----------------------|
| <input type="text"/> |
|----------------------|

Trpěl/a jste uvedenými nebo podobnými potížemi již dříve?

| | | |
|--------------------------|-----|---|
| <input type="checkbox"/> | ano | Uveďte kdy, diagnózu nebo popis onemocnění: |
| <input type="checkbox"/> | ne | |

Utrpěl/a jste již dříve úrazy?

| | | |
|--------------------------|-----|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> | ano | Uveďte kdy a na jaké části těla: |
| <input type="checkbox"/> | ne | |

Byl/a jste před škodou invalidní?

| |
|----------------------|
| <input type="text"/> |
|----------------------|

Znemožnily Vám uvedené zdrav. problémy výkon povolání v plném rozsahu?

| | | | | | | | | |
|----------------------------------|--------------------------|-----|--------------------------|----|----|----------------------|----|----------------------|
| Po celou dobu prac. neschopnosti | <input type="checkbox"/> | ano | <input type="checkbox"/> | ne | od | <input type="text"/> | do | <input type="text"/> |
| Pracoval/a jsem po dobu léčení | <input type="checkbox"/> | ano | <input type="checkbox"/> | ne | od | <input type="text"/> | do | <input type="text"/> |

Ošetřující praktický lékař?

| |
|-----------------------------------|
| Uveďte jméno, adresu, telefon č.: |
| <input type="text"/> |

Ošetřující odborný lékař?

| |
|-----------------------------------|
| Uveďte jméno, adresu, telefon č.: |
| <input type="text"/> |

Prohlášení:

Souhlasím, aby případné pojistné plnění bylo vyplaceno ve prospěch mého dluhu u Raiffeisenbanky.
Prohlašuji, že jsem veškeré dotazy uvedené na tomto oznámení zodpověděl/a plně a pravdivě a že jsem si vědom/a následků nesprávných údajů na povinnost pojišťovny plnit.
Zprošťuji ošetřující lékaře mlčenlivosti a souhlasím s poskytováním veškeré dokumentace o mém zdravotním stavu a průběhu léčení pro potřeby šetření škodní události.
Rovněž souhlasím, aby si pojišťovna vyžádala potřebné podklady u policie, správních orgánů a jiných pojišťoven o této škodní události.
Prohlašuji, že souhlasím, aby pojistitel zpracovával mé osobní a citlivé údaje ve smyslu zák. č. 101/2000 Sb., o ochraně osobních údajů.

Jméno a příjmení pacienta

Rodné číslo

Důvod léčení

Diagnóza

Kód dle MKM-10

Podrobný popis léčby

Komplikace při léčbě

Předepsaná rehabilitace

Od do Kde Způsob rehabilitace Jak často Ustálení zdrav. stavu

Došlo v průběhu léčení ke změně nebo rozšíření diagnózy?
Uveďte novou/další diagnózu?

Pacient se u Vás již dříve léčil?
Nebo u odborných lékařů?
Kdy? Z jakého důvodu?

Existují onemocnění, která mohla nebo ovlivnila délku léčení? (cukrovka, epilepsie, apod.)

V důsledku uvedené diagnózy vystaven doklad o pracovní neschopnosti:

číslo: na dobu od do nástup do práce

Ostatní sdělení lékaře k okolnostem léčení nebo úrazu