

Vypíšte číslo pojistné smlouvy	Uveďte všechny smlouvy	
--------------------------------	------------------------	--

Pojistník

Příjmení	Jméno	
Titul	Rodné číslo	Telefon (8 - 17 hodin)
Ulice		
Č.p.	PSČ	Obec

Pojištěný

(poškozená osoba)

Příjmení	Jméno	
Titul	Rodné číslo	Telefon (8 - 17 hodin)
Ulice		
Č.p.	PSČ	Obec
E-mail		@

Všeobecné údaje

Prosím vyplňte oznámení ve všech kolonkách a přiložte doklad o pracovní neschopnosti, kopie lékařských zpráv o průběhu léčení, příp. kopii hospitalizační zprávy a operačního protokolu

Zaměstnání

Povolání, vykonávaná činnost, pracovní zařazení	od	do
<input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne registrace platná od		Platnost trvá dosud <input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne
OSVČ <input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne	Od kdy?	
Nezaměstnaný <input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne	pracovní poměr bude ukončen k	
Jste ve výpovědní lhůtě <input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne	<input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne	<input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne
Student <input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne	Důchodce <input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne	Žena v domácnosti <input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne

Kdy ke škodě došlo:

Datum	20	Hodina
-------	----	--------

Podrobný popis škody

(uveďte jak došlo k úrazu, důvod hospitalizace nebo pracovní neschopnosti)

--

Trpěl/a jste uvedenými nebo podobnými zdravotními problémy již dříve?

(uveďte kdy, diagnózu nebo popis onemocnění)

<input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne	
--	--

Utrpěl/a jste již dříve úraz?

(uveďte na jaké části těla a kdy?)

<input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne	
--	--

Byl/a jste před škodou invalidní?

(uveďte diagnózu, od kdy?)

<input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne	
--	--

Jste plátcem soc. pojištění?

<input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne	Jste plátcem zdrav. pojištění? <input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne	jmeno pojistovny
--	---	------------------

Máte uzavřeno u jiné komerční pojistovny obdobné pojištění

<input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne	jmeno pojistovny
--	------------------

Konzumoval jste v posledních 12 hod. před úrazem alkohol?

<input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne	Jaký, v jakém množství
--	------------------------

Šetřila událost policie?

<input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne	adresa
--	--------

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

Po celou dobu pracovní neschopnosti <input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne	od	do
Pracoval/a jsem po dobu léčení <input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne	od	do

Pojistné plnění zašlete na

kód banky	č. účtu	spec. symbol
nebo na adresu		

Prohlášení:

Prohlašuji, že jsem veškeré údaje na tomto Oznámení o škodě uvedl(a) pravdivě a úplně, že jsem k výše uvedené pojistné události vyplnil(a) pro pojistitele pouze toto Oznámení o škodě a že jsem si vědom(a) důsledků nesprávných či neúplných odpovědí na povinnost pojistitele plnit. Dále tímto zmocňuji pojistitele k získání informací uvedených ve zdravotnické dokumentaci vedené o mé osobě, které jsou potřebné k posouzení mých nároků na pojistné plnění ze soukromého zdravotního pojištění. Rovněž souhlasím, aby si pojistitel vyžádal veškerou potřebnou zdravotní dokumentaci o mém léčení a zdravotním stavu pro potřeby šetření pojistné události, příp. podklady od policie, správních orgánů či jiných pojišťoven. Tímto zprůstňuji od povinnosti zachovávat mlčenlivost lékaře, zdravotnická zařízení a zařízení poskytující zdravotní péči, které pojistitel požádá o uvedené informace. Prohlašuji, že souhlasím, aby pojistitel zpracovával a uchovával mé osobní a citlivé údaje ve smyslu zákona č. 101/2000 Sb., o ochraně osobních údajů, v platném znění.

Pojištěný

Jméno, příjmení pacienta, rok narození

Zpráva ošetřujícího lékaře

Důvod léčení

Diagnóza

Kód dle MKM-10

Podrobný popis léčby

Komplikace při léčbě

Předepsaná rehabilitace

od 2 0 do 2 0 kde

způsob rehabilitace

Jak často

ustálení zdrav. stavu

Hospitalizace

ano ne od 2 0 do 2 0 kde

Hospitalizace v důsledku nemoci ano ne Hospitalizace v důsledku úrazu ano ne

Existují onemocnění, která mohla nebo ovlivnila délku léčení?

(cukrovka, epilepsie, apod.)

U žen gravidita

ano ne Termín porodu

Bylo zahájeno správné řízení ohledně přiznání invalidity

ano ne

zahájeno dne 2 0

přiznán invalidní důchod ano ne od 2 0 stupeň invalidity

(nehodící se škrtněte)

V důsledku uvedené diagnózy vystaven doklad o pracovní neschopnosti:

číslo:

na dobu od 2 0 do 2 0 nástup do práce 2 0

V

dne

Razítko a podpis ošetřujícího lékaře

