

Číslo smlouvy

Číslo škodné události

Pojištěný

Příjmení Jméno

Titul Rodné číslo Telefon (8 - 17 hodin)

Ulice

Č.p. PSČ Obec

Název zaměstnavatele

Adresa zaměstnavatele Telefon

Všeobecné údaje

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

Zaměstnání

od do

Vykonávaná činnost/pracovní zařazení

ano ne registrace platná od Platnost trvá dosud ano ne

OSVČ ano ne Od kdy?

Nezaměstnaný ano ne ano ne ano ne

Student Důchodce Žena v domácnosti

Kdy k události došlo?

Datum Hodina Místo

Podrobný popis škody?

(uved'te jak došlo k úrazu,
důvod pracovní neschopnosti?)

Trpěl/a jste uvedenými nebo podobnými potížemi již dříve?

ano Uved'te kdy, diagnózu nebo popis onemocnění:

ne

Utrpěl/a jste již dříve úrazy?

ano Uved'te kdy a na jaké části těla:

ne

Byl/a jste před škodou invalidní?

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

Po celou dobu prac. neschopnosti ano ne od do

Pracoval/a jsem po dobu léčeni ano ne od do

Ošetřující praktický lékař?

Uved'te jméno, adresu, telefon č.:

Ošetřující odborný lékař?

Uved'te jméno, adresu, telefon č.:

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. Rovněž souhlasím, aby si pojistitel vyžádal veškerou potřebnou zdravotní dokumentaci o mém léčení a zdravotním stavu pro potřeby šetření škodní události, příp. podklady od policie, správních orgánů či jiných pojišťoven. Tímto zprošťuji od povinnosti zachovávat mlčenlivost lékaře, zdravotnická zařízení a zařízení poskytující zdravotní péči, příp. třetí osoby, které pojistitel požádá o uvedené informace. Zároveň tímto dávám souhlas, aby pojistné plnění v případě, že nejsem oprávněnou osobou pro příjem pojistného plnění, bylo poukázáno právnické nebo fyzické osobě dle pojistné smlouvy a platných právních předpisů. Prohlašuji, že souhlasím, aby pojistitel zpracoval a uchovával mé osobní a citlivé údaje ve smyslu zákona č. 101/2000 Sb., o ochraně osobních údajů, v platném znění.

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