

Vyplňte číslo pojistné smlouvy

Uvedte všechny smlouvy

Pojistník

Příjmení

Jméno

Titul

Rodné číslo

Telefon (8 - 17 hodin)

Ulice

Č.p.

PSC

Obec

Pojištěný

(poškozená osoba)

Příjmení

Jméno

Titul

Rodné číslo

Telefon (8 - 17 hodin)

Ulice

Č.p.

PSC

Obec

ano ne

ano ne

Od kdy?

2 0

Povolání

OSVČ

Nezaměstnaný

Všeobecné údaje

Prosíme vyplňte oznámení ve všech kolonkách a přiložte doklad o pracovní neschopnosti, podrobnou lékařskou zprávu o průběhu léčení, příp. kopii hospitalizační zprávy.

Zaměstnání

Vykonávaná činnost/pracovní zařazení

od

do

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 ke škodě došlo:

Datum

2 0

Hodina

Podrobný popis škody

(uvedte jak došlo k úrazu, důvod hospitalizace nebo prac. neschopnosti)

Trpěl/a jste uvedenými nebo podobnými zdrav. problémy již dříve?

(uvedte kdy, diagnózu nebo popis onemocnění)

ano

ne

Utrpěl/a jste již dříve úraz?

(uvedte na jaké části těla a kdy?)

ano

ne

Byl/a jste před škodou invalidní?

(uvedte diagnózu, od kdy?)

ano

ne

Jste plátcem soc. pojištění?

ano ne

Jste plátcem zdrav. pojištění?

ano ne

jméno pojišťovny

Máte uzavřeno u jiné komerční pojišťovny obdobné pojištění?

ano ne

jméno pojišťovny

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

Po celou dobu prac. neschopnosti

ano ne

od

do

Pracoval/a jsem po dobu léčení

ano 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 zprůšťuji 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

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

U žen gravidita ano ne Termín porodu

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

Potvrzení o hospitalizaci (vystavuje ošetřující lékař v příslušné nemocnici) *Pro stanovení nároku na pojistné prosíme o vyplnění tohoto formuláře a o kopii propouštěcí zprávy.*

Místo hospitalizace

Datum přijetí 2 0 Datum propuštění 2 0

Diagnóza
Kód dle MKM-10

Popis léčby

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

V dne

Razítko a podpis lékaře, razítko nemocnice