

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 ano ne Důchodce ano ne Žena v domácnosti ano ne

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 léčení 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.

v dne

Podpis pojištěného

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