

Vyplňte číslo pojistné smlouvy

Uvedte 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

Zaměstnaní

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

Kdy ke škodě došlo:

Datum 20 Hodina

Podrobný popis škody (uvedte jak došlo k úrazu, důvod hospitalizace nebo pracovní neschopnosti)

Trpěl/a jste uvedenými nebo podobnými zdravotními 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

Konzumoval jste v posledních 12 hod. před úrazem alkohol?

ano ne Jaký, v jakém množství

Šetřila událost policie?

ano ne adresa

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

Po celou dobu pracovní neschopnosti ano ne od do
 Pracoval/a jsem po dobu léčeni 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 pojišťovnu pouze toto Oznámení o škodě a že jsem si vědom(a) důsledků nesprávných či neúplných odpovědí na povinnost pojišťovny plnit. Dále tímto zmocňuji pojišťovnu 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 pojišťovna vyžádala 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 pojišťovna požádá o uvedené informace. Prohlašuji, že souhlasím, aby pojišťovna zpracovávala a uchovávala mé osobní a citlivé údaje ve smyslu zákona č. 101/2000 Sb., o ochraně osobních údajů, v platném znění.