

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

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 právnícké 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