

Přerušení provozu

Vyplňte číslo pojistné smlouvy

 /

Číslo škodní události

Pojistník

Příjmení		Jméno		Titul	
Adresa v ČR: Ulice					
Č.p.	PSČ	Obec		@	
Telefon	Mobil	Fax	E-mail		
žena	muž	Datum narození (den, měsíc, rok)		IČ (resp. rodné číslo)	Státní přísluš.

Osoba odpovědná za provoz

Příjmení		Jméno		Titul	
Adresa v ČR: Ulice					
Č.p.	PSČ	Obec		@	
Telefon	Mobil	Fax	E-mail		
žena	muž	Datum narození (den, měsíc, rok)		Rodné číslo	Státní přísluš.

Doba přerušení pojištěného provozu

plné přerušení	od	<input type="text"/>	2	<input type="text"/>	0	do	<input type="text"/>	2	<input type="text"/>	0	Druh nezávislé činnosti
částečné přerušení	od	<input type="text"/>	2	<input type="text"/>	0	do	<input type="text"/>	2	<input type="text"/>	0	

V případě částečného přerušení uveďte:

Počet pracovních hodin týdně při plném provozu	<input type="text"/>
Počet pracovních hodin týdně při částečném provozu	<input type="text"/>
Zdůvodnění částečného přerušení provozu	<input type="text"/>

Uveďte podrobně z jakého důvodu došlo k přerušení

V případě nemoci nebo úrazu uveďte

diagnózu slovy	<input type="text"/>	kód dle MKM-10	<input type="text"/>
----------------	----------------------	----------------	----------------------

Přesná adresa míst nebo místa pojištění, kde došlo k přerušení

1.	<input type="text"/>
2.	<input type="text"/>

Ošetřující lékař (vyplňte v případě nemoci)

Účetní / daňový poradce (vč. telefonu)

Dokládám

<input type="checkbox"/>	Měsíční nájem pojištěného v místě pojištění	<input type="checkbox"/>	Měsíční fixní náklady spojené s nájmem (např. zálohy na el. energii, topení, vodu, telefonní paušál)	<input type="checkbox"/>	Náklady na zaměstnance (měsíční plat včetně odvodů na sociální a zdravotní pojištění)
<input type="checkbox"/>	Zisk	<input type="text"/>			
<input type="checkbox"/>	Ostatní pojištěné náklady	<input type="text"/>			

Pojistné plnění vyplatte ve prospěch (pojistník)

kód banky	<input type="text"/>	č. účtu	<input type="text"/>	spec. symbol	<input type="text"/>
majitel účtu	<input type="text"/>				

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 veškerých informací, popř. podkladů důležitých pro potřeby šetření škodné události a dále tímto rovněž zprošťuji od povinnosti zachovávat mlčenlivost lékaře, příp. třetí osoby, které pojistitel požádá o uvedené informace. Prohlašuji, že umožním pojistiteli prohlídku místa pojištění, kde došlo k přerušení provozu a na požádání pojistitele předložím k nahlédnutí příslušnou účetní, technickou a jinou dokumentaci. Zároveň zmocňuji pojistitele k jednání se svým daňovým poradcem nebo jinými osobami či institucemi a tímto je zprošťuji od povinnosti zachovávat mlčenlivost. Souhlasím, aby si pojistitel vyžádal veškeré potřebné podklady u policie, správních orgánů a jiných pojišťoven pro potřeby šetření škodné události. 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.

Číslo pojistné smlouvy

Číslo škodní události

V případě, že ke škodné události došlo z důvodu nemoci nebo úrazu nechte, vyplnit ošetřujícím nebo odborným lékařem.

Příjmení

Jméno

Titul

Rodné číslo

Diagnózy - kód dle MKN, pro které pracovní neschopnost trvá (číselně i slovně):

Popis léčby:

V důsledku uvedené nemoci/úrazu nastala níže uvedená pracovní neschopnost. Po dobu této neschopnosti nemůže pojištěný vykonávat své zaměstnání nebo samostatně výdělečnou činnost, a to ani po omezenou část dne a ani nemůže vykonávat řídicí a (nebo) kontrolní činnost.

Pracovní neschopnost číslo:

Vystavena od:

příští kontrola:

Ukončena dne:

práce schopen od:

Bylo zahájeno správní řízení ohledně přiznání invalidity ano ne

zahájeno dne

Přiznán invalidní důchod: ano od stupeň invalidity

(nehodící se škrtněte).

ne

Datum vystavení _____

Jmenovka, podpis a razítko ošetřujícího lékaře _____

Případné poplatky za vystavení tohoto potvrzení hradí pacient (pojištěný).