

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

Zaměstnání

Povolání, vykonávaná činnost, pracovní zařazení	od	do
<input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne registrace platná od		Platnost trvá dosud <input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne
OSVČ	Od kdy?	
<input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne		
Nezaměstnaný	pracovní poměr bude ukončen k	
<input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne		
Jste ve výpovědní lhůtě		
<input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne	<input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne	<input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> 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 pracovní neschopnosti)

--

Trpěl/a jste uvedenými nebo podobnými zdravotními problémy již dříve?

(uvedte kdy, diagnózu nebo popis onemocnění)

<input type="checkbox"/> ano	
<input type="checkbox"/> ne	

Utrpěl/a jste již dříve úraz?

(uvedte na jaké části těla a kdy?)

<input type="checkbox"/> ano	
<input type="checkbox"/> ne	

Byl/a jste před škodou invalidní?

(uvedte diagnózu, od kdy?)

<input type="checkbox"/> ano	
<input type="checkbox"/> ne	

Jste plátcem soc. pojištění?

<input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne	Jste plátcem zdrav. pojištění? <input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne	jmeno pojišťovny
----------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------	------------------

Máte uzavřeno u jiné komerční pojišťovny obdobné pojištění

<input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne	jmeno pojišťovny
----------------------------------------------------------	------------------

Konzumoval jste v posledních 12 hod. před úrazem alkohol?

<input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne	Jaký, v jakém množství
----------------------------------------------------------	------------------------

Šetřila událost policie?

<input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne	adresa
----------------------------------------------------------	--------

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

Po celou dobu pracovní neschopnosti	<input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne	od		do	
Pracoval/a jsem po dobu léčení	<input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> 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 zprůstupuji 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.