

Vypíšte číslo pojistné smlouvy

Uveďte všechny smlouvy

### Pojistník

Příjmení \_\_\_\_\_ Jméno \_\_\_\_\_  
Titul \_\_\_\_\_ Rodné číslo \_\_\_\_\_ Telefon (8 - 17 hodin) \_\_\_\_\_  
Ulice \_\_\_\_\_  
Č.p. \_\_\_\_\_ PSČ \_\_\_\_\_ Obec \_\_\_\_\_

### Pojistěný

(poškozená osoba)

Příjmení \_\_\_\_\_ Jméno \_\_\_\_\_  
Titul \_\_\_\_\_ Rodné číslo \_\_\_\_\_ Telefon (8 - 17 hodin) \_\_\_\_\_  
Ulice \_\_\_\_\_  
Č.p. \_\_\_\_\_ PSČ \_\_\_\_\_ Obec \_\_\_\_\_  
Povolání \_\_\_\_\_ ano  ne  OSVČ  ano  ne  Nezaměstnaný  ano  ne  Od kdy? \_\_\_\_\_ 2 0 \_\_\_\_\_

### Všeobecné údaje

Prosíme vyplňte oznámení ve všech kolonkách a přiložte doklad o pracovní neschopnosti, podrobnou lékařskou zprávu o průběhu léčení, příp. kopii hospitalizační zprávy.

### Zaměstnání

\_\_\_\_\_ od \_\_\_\_\_ do \_\_\_\_\_  
Výkonávaná činnost/pracovní zařazení \_\_\_\_\_  
ano  ne  registrace platná od \_\_\_\_\_ Platnost trvá dosud  ano  ne   
OSVČ  ano  ne  Od kdy? \_\_\_\_\_  
Nezaměstnaný  ano  ne   ano  ne   
Student  ano  ne  Důchodce  ano  ne  Žena v domácnosti  ano  ne

### Kdy ke škodě došlo:

Datum \_\_\_\_\_ 2 0 \_\_\_\_\_ Hodina \_\_\_\_\_

Podrobný popis škody  
(uveďte jak došlo k úrazu,  
důvod hospitalizace nebo prac.  
neschopnosti)

\_\_\_\_\_

Trpěl/a jste uvedenými  
nebo podobnými zdrav.  
problémy již dříve?  
(uveďte kdy, diagnózu nebo  
popis onemocnění)

ano  
 ne

Utrpěl/a jste již dříve úraz?  
(uveďte na jaké části těla a kdy?)

ano  
 ne

Byl/a jste před škodou  
invalidní?  
(uveďte diagnózu, od kdy?)

ano  
 ne

Jste plátcem soc. pojištění?

ano  ne Jste plátcem zdrav. pojištění?  ano  ne jméno pojšťovny \_\_\_\_\_

Máte uzavřeno u jiné  
komerční pojšťovny  
obdobné pojištění?

ano  ne jméno pojšťovny \_\_\_\_\_

Znemožnil/a Vám uvedené  
zdrav. problémy výkon  
povolání v plném rozsahu?

Po celou dobu prac. 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:

Prohláším, že jsem veškeré údaje na tomto Oznámení o škodě uvedl(a) pravdivě a úplně, že jsem k výše uvedenému pojistnému udílosti vyplnil(a) pro poskytkatele pouze toto Oznámení o škodě a že jsem si vědom(a) důsledků nepravdivých či neúplných odpovědí na povinnost poskytkatele plnit. Dále tímto zmocňuji poskytkatele 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 zdravotnickou dokumentaci o mém léčení a zdravotním stavu pro potřeby řešení pojistné udílosti, příp. podklady od policie, správních orgánů či jiných pojšťoven. Tímto zprůčhnuji od povinnosti zachovávat mlčenlivost lékaře, zdravotnická zařízení a zařízení poskytující zdravotní péči, které pojistitel požádá o uvedené informace.

Prohláším, 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.