

Oznámení škodné události z pojištění při pracovní neschopnosti

Vážená paní, vážený pane,

snažíme se každý škodní případ co nejrychleji zpracovat. Podrobnými informacemi o pojistné události nám můžete být nápomocni. Dotazník vyplňte pečlivě a úplně, zamezíte tím případným doplňujícím dotazům, které mohou zpracování zdržovat.

S přátelským pozdravem

SV pojišťovna, a.s.



Důležité pokyny k vyplnění dotazníku

Vyplňte pečlivě celý dotazník, zvláštní pozornost věnujte adresám lékařů a lékařských zařízení.
Tento dotazník nevyplňuje ani nepotvrzuje lékař!

Číslo pojistné smlouvy: 4034344		Služební číslo pojištěného:	
Údaje o pojištěné osobě			
Jméno a příjmení:		Rodné číslo:	
Telefon:		Email:	
Adresa:			
Údaje o škodné události			
Datum počátku pracovní neschopnosti:		Datum ukončení pracovní neschopnosti:	
Důvod pracovní neschopnosti:			
Jméno a přesná adresa praktického nebo odborného lékaře :			
!!! Nezapomeňte k vyplněnému formuláři připojit kopii potvrzení o pracovní neschopnosti !!!			
Prohlášení a podpis			
<p>Předchozí údaje jsou úplné a pravdivé. Jsem si vědom/a toho, že nepravdivé a neúplné údaje budou mít za následek ztrátu pojistné ochrany a to i v případě, že jejich prostřednictvím nebyla pojišťovna poškozena.</p> <p>Upozornění: Pokud jste oznámení o pojistné události osobně nevyplňovali, ověřte před jeho podepsáním správnost všech údajů.</p> <p>Je mi známo, že pojišťovna přezkoumá za účelem posouzení své povinnosti poskytnout pojistné plnění údaje, které zde uvádím k odůvodnění svých nároků nebo vyplývajících z předložených dokladů (např. potvrzení, osvědčení) nebo ze sdělení příslušné nemocnice nebo zaměstnanců jiných zdravotních zařízení. Za tímto účelem zprošťuji všechny výše jmenované příslušníky lékařského personálu, kteří se podíleli na mém ošetřování, povinnosti mlčenlivosti i v případě mé smrti. Zproštění povinnosti mlčenlivosti platí rovněž pro pojišťovny zprostředkující úrazové, nemocenské nebo životní pojištění dotyčného, s výjimkou sociálního zabezpečení.</p> <p><i>Informace o ochraně osobních údajů naleznete na svpojistovna.cz/o-spolecnosti/ochrana-osobnich-udaju</i></p>			
_____		_____	
datum		podpis pojištěné osoby (u nezletilých zákonný zástupce)	

