

Pokud jste byl(a) po hospitalizaci v domácím ošetření, uveďte:

– délku neschopnosti:

od

do

Navštívil(a) jste již v minulosti lékaře ze stejného nebo podobného důvodu:

ANO

NE

Pokud ano, udejte jméno a adresu lékaře:

Uveďte jméno a adresu lékaře, který Vás ošetřoval v souvislosti s uplatňovaným úrazem nebo onemocněním:

Uveďte jméno a adresu Vašeho praktického lékaře, popř. ošetřujícího lékaře, u kterého máte kompletní zdravotní dokumentaci:

Byla událost vyšetřována policií? Pokud ano, uveďte kontaktní adresu:

Jaká jiná onemocnění nebo úrazy jste utrpěl(a) v posledních 5 letech? Popište okolnosti, uveďte data a jména lékařů:

PROHLÁŠENÍ

Tímto opravňuji každého lékaře, zdravotnické zařízení nebo jinou osobu, která disponuje informacemi o mé osobě a mém zdraví, k poskytnutí informací pojistiteli nebo jeho zástupci, vztahujících se k prodělané nemoci, úrazům, pobytům ve zdravotnickém zařízení, konzultacím, lékařským nebo diagnostickým úkonům nebo léčení. Souhlasím s tím, že kopie tohoto prohlášení má stejnou platnost jako originál.

Podpis pojištěného:

(podpis zákonného zástupce, pokud se jedná o nezletilé dítě)

Datum: