

hlášení škodní události.

Pojištěný

Jméno

Příjmení

Rodné číslo/Identifikační údaj

Zákonný zástupce/zmocněná osoba

Jméno

Příjmení

Rodné číslo/Identifikační údaj

Popis události

Datum stanovení diagnózy lékařem

O jaké onemocnění se jedná

Pracovní neschopnost
v souvislosti s nemocí

Datum počátku pracovní neschopnosti

Datum konce pracovní neschopnosti

Stále trvá

Datum počátku pracovní neschopnosti

Datum konce pracovní neschopnosti

Stále trvá

Typ pracovního poměru v době počátku neschopnosti

Přiznána invalidita Českou správou sociálního zabezpečení

Účet pro výplatu pojistného plnění

Číslo účtu

Kód banky

-

/

Prohlášení

Svým podpisem potvrzuji, že vyplněné údaje jsou pravdivé, úplné a správné.

Datum

Podpis pojištěného/zákonného zástupce/zmocněné osoby