

# hlášení škodní události.

## Pojištěný

Jméno	Příjmení	Titul před jménem	Titul za jménem
Typ identifikačního údaje	Identifikační údaj	Datum narození	

## Zákonný zástupce/zmocněná osoba

Jméno	Příjmení	Titul před jménem	Titul za jménem
Typ identifikačního údaje	Identifikační údaj	Datum narození	

## Identifikace osoby, která hlásí škodní událost

Jméno	Příjmení	Titul před jménem	Titul za jménem
Typ identifikačního údaje	Identifikační údaj	Datum narození	

Telefon	E-mail	PEP
---------	--------	-----

Doručovací adresa	Číslo popisné
Ulice	

Město	PSC	Stát
-------	-----	------

## Popis události

Datum stanovení diagnózy lékařem

O jaké onemocnění se jedná

Pracovní neschopnost (PN)/  
ošetřovačka v souvislosti s  
onemocněním

**i** Pokud jste byl/a v pracovní neschopnosti, přiložte prosím kopii Potvrzení o dočasné pracovní neschopnosti.

**i** Pokud bylo vystaveno Rozhodnutí o potřebě ošetřování (péče) o pojištěného, tento dokument přiložte.

Datum počátku PN/ošetřovačky

Datum konce PN/ošetřovačky

Stále trvá

Datum počátku PN/ošetřovačky

Datum počátku PN/ošetřovačky

Stále trvá

Povolání v době škodní události

Typ pracovního poměru v době škodní události

Požaduji vyplatit zálohové plnění z pojištění pracovní neschopnosti/ošetřovného

Přiznána invalidita Českou správou sociálního zabezpečení

**i** Pokud ano, přiložte prosím kopii rozhodnutí o přiznání stupně invalidity, stupně závislosti, nároku na invalidní důchod a/nebo nároku na příspěvek na péči, vydaného ČSSZ.

## Účet pro výplatu pojistného plnění

Číslo účtu

Kód banky

-

/

## Prohlášení

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

Datum

Podpis osoby hlásící škodní událost