

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

ERGO 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	
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.	
Upozornění: Pokud jste oznámení o pojistné události osobně nevyplňovali, ověřte před jeho podepsáním správnost všech údajů.	
Je mi známo, že pojišťovna přezkoumá za účelem posouzení své povinnosti poskytnout pojistné plnění údaje, které zde uvádím k odůvodnění svých nároků nebo které vyplývají z předložených dokladů (např. potvrzení, osvědčení) nebo ze sdělení příslušné nemocnice nebo zaměstnanců jiných zdravotních zařízení. Za tímto účelem zprošťuji všechny 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.	
<i>Informace o ochraně osobních údajů naleznete na ergo.cz/o-spolecnosti/ochrana-osobnich-udaju</i>	
_____	_____
datum	podpis pojištěné osoby (u nezletilých zákonný zástupce)