

**část A. Údaje o pojištěném - vyplňuje pojištěný**

Číslo rámcové smlouvy: <input type="text"/>	Rodné číslo: <input type="text"/> / <input type="text"/>
	Datum narození: <input type="text"/> <input type="text"/> (jen u cizích státních příslušníků)
Zaměstnavatel (pojistník): <input type="text"/>	
<b>Pojištěný:</b>	
Příjmení: <input type="text"/>	Jméno: <input type="text"/>
Kontaktní adresa (ulice, místo, PSČ): <input type="text"/>	
Telefon: <input type="text"/>	E-mail: <input type="text"/>
Datum přiznání plné invalidity: <input type="text"/>	
<b>Ošetřující (praktický) lékař</b>	
Příjmení, jméno lékaře: <input type="text"/>	Telefon lékaře: <input type="text"/>
Adresa lékaře: <input type="text"/>	
Požadovaná délka vyplácení invalidní renty: <input type="checkbox"/> 3 roky <input type="checkbox"/> 5 let <input type="checkbox"/> 10 let	

K vyplněnému a podepsanému formuláři přiložte, prosím, následující dokumenty a odešlete je na adresu ČP ZDRAVÍ uvedenou níže.

- Ověřenou kopii Rozhodnutí o přiznání plného invalidního důchodu z České správy sociálního zabezpečení s vyznačeným datem, od kterého je plný invalidní důchod přiznán a vyplácen
- Kopii záznamu jednání o posouzení zdravotního stavu pojištěného (doklady z Okresní správy sociálního zabezpečení)
- Kopii dokladu o ukončení výkonu zaměstnání (zaměstnanci) či obdobného pracovněprávního vztahu se zaměstnavatelem nebo samostatné výdělečné činnosti (podnikatelé), vykonávané pro zaměstnavatele
- Lékařem vyplněnou část B) Oznámení pojistné události

**Prohlášení pojištěného**

Prohlašuji, že jsem před sjednáním pojištění obdržel informace určené pro zájemce o pojištění stanovené zákonem č. 37/2004 Sb., o pojistné smlouvě a o změně souvisejících zákonů (zákon o pojistné smlouvě), v platném znění, a byl jsem pojistníkem seznámen s obsahem Rámcové smlouvy o kolektivním (skupinovém) pojištění osob, jakož i s obsahem pojistných podmínek. Současně potvrzuji, že jsem k počátku pojištění splnil podmínky stanovené pojistitelem pro přijetí do pojištění.

Prohlašuji, že souhlasím, aby pojistitel shromažďoval a zpracovával údaje o mém zdravotním stavu v souvislosti se šetřením pojistných událostí ve smyslu § 50 zákona o pojistné smlouvě. Zároveň opravňuji všechny dotazované lékaře, ústavy, zdravotnická zařízení a zdravotní pojišťovny sdělovat tyto údaje pojistiteli, a to prostřednictvím pověřeného zdravotnického zařízení.

Jsem si vědom skutečnosti, že pojistitel je oprávněn identifikovat účastníky pojištění a zpracovávat osobní údaje pojištěných za účelem správy pojištění a šetření pojistných událostí.

V \_\_\_\_\_ dne \_\_\_\_\_ Podpis pojištěného: \_\_\_\_\_

**část B. Lékařská zpráva - vyplňuje ošetřující lékař****Pacient:**

Příjmení: \_\_\_\_\_ Jméno: \_\_\_\_\_

Rodné číslo: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

**Zdravotní stav pacienta:**

Plná invalidita přiznána od: \_\_\_\_\_

Diagnóza, pro kterou byla invalidita přiznána (v případě více diagnóz uveďte jejich procentní podíl)

Datum prvního záchytu  
onemocnění / vzniku úrazu

→ Diagnóza 1: \_\_\_\_\_ Procentní podíl: \_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_

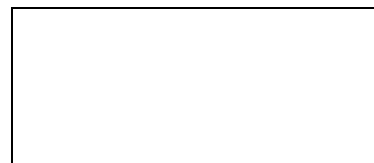
→ Diagnóza 2: \_\_\_\_\_ Procentní podíl: \_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_

→ Diagnóza 3: \_\_\_\_\_ Procentní podíl: \_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_

→ Diagnóza 4: \_\_\_\_\_ Procentní podíl: \_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_

→ Diagnóza 5: \_\_\_\_\_ Procentní podíl: \_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_

V \_\_\_\_\_ dne \_\_\_\_\_

Razítko a podpis  
lékaře:

Náklady na vystavení tohoto potvrzení nese pojištěný (pacient).