

**Lékařská zpráva
Úmrtí****Číslo pojistné události****Osobní údaje pojištěného**

Jméno a příjmení

Rodné číslo

Údaje o úmrtí

Datum a místo úmrtí dle zdravotnické dokumentace:

Příčina úmrtí:

Datum prvního stanovení diagnózy:

Pokud ANO, uveďte jaké a kdy byla tato nemoc poprvé diagnostikována.

Byla příčina úmrtí komplikací
nebo následkem jiné nemoci?

NE

ANO

Kdy jste převzal pojištěného do své lékařské péče?

Od kdy máte vedenu zdravotnickou dokumentaci pojištěného?

Ostatní lékaři a zdravotnická zařízení, u nichž se pojištěný léčil, včetně uvedení důvodu a DG:

Číslo DG

Byl pojištěný v minulosti v pracovní
neschopnosti nepřetržitě po dobu
alespoň 6 týdnů?

NE

ANO

Pokud ANO, uveďte kdy a DG.

Byla pojištěnému v minulosti
přiznána invalidita?

NE

ANO

Pokud ANO, uveďte kdy, DG a příslušný stupeň.

Prohlášení

Potvrzuji, že se údaje v lékařské zprávě týkají pojištěného uvedeného v tiskopisu.

Prohlašuji, že všechny mé odpovědi na písemně položené dotazy pojistitele uvedené v tomto tiskopisu jsou pravdivé
a úplné.

V dne

Razítko a podpis lékaře

CSOBPOS00000000

