

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

Jméno a příjmení

Rodné číslo

**Údaje o invaliditě**

Datum stanovení rozhodné DG pro přiznání invalidity:

Přiznaný stupeň invalidity:  1. stupeň  2. stupeň  3. stupeňInvalidita příslušného stupně  
pro rozhodnou DG dosud trvá? NE  ANO

Rozhodná DG pro přiznání invalidity a další spoluposuzované DG:

Příčina vzniku rozhodné DG vedoucí k přiznání invalidity:

Od kdy se datují první zdravotní problémy související s přiznáním invalidity?

Byla v minulosti  
pojištěnému 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

