

**Lékařská zpráva** – vážné nemoci a úrazy / velmi vážné onemocnění  
– připojištění na novotvary in situ  
– vážné nemoci s jednorázovou výplatou (pro produkt FLEXI RISK)**L3027**

V případě jakýchkoliv dotazů se obraťte na informační linku 958 888 111 (ve všední dny od 7 do 19 hodin).

**LÉKAŘSKÁ ZPRÁVA**

Tento formulář je nutné vždy předložit k vyplnění svému ošetřujícímu lékaři. Poplatek za vyplnění formuláře lékařem hradí klient.

**POJIŠŤENÁ OSOBA**JMÉNO  PŘÍJMENÍ  TITUL RODNÉ ČÍSLO **PŘÍČINA POJISTNÉ UDÁLOSTI***Doložte kopie lékařských zpráv ze speciálních vyšetření (např. CT, histologie, MRI, operační protokol, apod.).*Název onemocnění / přesná diagnóza  Dle MKN10 Popis onemocnění Datum, kdy se objevily první příznaky v příčinné souvislosti s tímto onemocněním  MĚSÍC ROK   
*(obtíže evidované ve zdravotnické dokumentaci)*Chronologický popis příznaků Datum prvního potvrzení diagnózy  DEN MĚSÍC ROK Datum indikace k operačnímu řešení  DEN MĚSÍC ROK Adresa pracoviště, které operaci provedlo Byl pojištěný o uvedeném onemocnění informován?  ANO  NE  Pokud ano, uveďte datum  DEN MĚSÍC ROK Popište, jaký je současný stav pojištěného *Lékař svým podpisem potvrzuje, že ošetřoval pojištěného, který je uveden v tomto formuláři, a podle ustanovení zákona č. 89/2012 Sb., občanský zákoník, uvedl veškeré jemu dostupné informace týkající se předmětné pojistné události.*V  DNE  RAZÍTKO A PODPIS LÉKAŘE