

Žádost o přezkoumání trvalých následků úrazu

Číslo pojistné smlouvy:	
Číslo pojistné události:	Datum úrazu:
Údaje o pojištěné osobě	
Jméno a příjmení:	Rodné číslo:
Telefon:	Email:
Adresa:	
Popis trvalých následků	
Údaje o lékaři, který má kompletní dokumentaci k úrazu	
Jméno a příjmení:	
Ulice, číslo popisné:	
Město, PSČ:	
Telefon:	
Bude-li třeba přezkoumání naším smluvním lékařem, v jakém městě?	
<input type="checkbox"/> Brno <input type="checkbox"/> České Budějovice <input type="checkbox"/> Havlíčkův Brod <input type="checkbox"/> Hradec Králové <input type="checkbox"/> Cheb	
<input type="checkbox"/> Jablonec n. Nisou <input type="checkbox"/> Olomouc <input type="checkbox"/> Ostrava <input type="checkbox"/> Písek <input type="checkbox"/> Plzeň (Třemošná)	
<input type="checkbox"/> Praha <input type="checkbox"/> Ústí nad Labem	
Způsob vyplacení pojistného plnění	
<input type="checkbox"/> převodem na účet:	
<input type="checkbox"/> peněžní poukázkou na adresu:	
Podpis	
_____	_____
datum	podpis pojištěné osoby (u nezletilých zákonný zástupce)