

## LÉKAŘSKÁ ZPRÁVA

**Z0015**

### Žádost o výpis ze zdravotní karty

Číslo pojistné smlouvy (návrhu)

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Jméno a příjmení klienta: .....

Rodné číslo:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Uvedená osoba Vás opravňuje k poskytnutí lékařských informací z Vašich záznamů pro naši pojišťovnu v podobě výpisu ze zdravotní karty pacienta a doplnění níže uvedených dotazů. Zprávu zašlete prosím **do jednoho týdne** v zalepené obálce na adresu **Pojišťovny České spořitelny, a.s., úsek životního pojištění, nám. Republiky 115, 530 02 Pardubice** a uveďte své IČ a bankovní spojení. Za uvedený výpis, včetně poštovného, Vám podle ceníku Pojišťovny České Spořitelny, a.s., uhradíme 150 Kč.

Předem děkujeme za brzké vyřízení.

Datum:

.....  
Za Pojišťovnu České spořitelny, a.s.

#### Anamnesa: (laboratorní výsledky + TK)

Datum:

#### Nynější stav, popř. komplikace vyplývající z uvedených onemocnění

#### Vyšetření u lékaře – specialisty (jméno, datum, výsledek)

#### Jiné skutečnosti, které mohou ovlivnit zdravotní stav klienta

Datum:

.....  
Podpis a razítko lékaře

Souhlasím s tím, aby údaje o mém zdravotním stavu byly použity při zdravotním zkoumáním před vystavením pojistky a při likvidaci pojistných událostí.

Datum:

.....  
Podpis klienta