

ČÍSLO POJISTNÉ SMLOUVY

ČÁST A- Dotazník (vyplňuje pojistník/pojištěný)

Pojištěný

Příjmení:	Jméno:	RČ / datum narození:
-----------	--------	----------------------

Pojištěné zvíře

Jméno psa:	Datum narození psa:	Plemeno:
Pohlaví: <input type="checkbox"/> Pes <input type="checkbox"/> Fena	Číslo čipu/tetovací číslo:	

Prohlašuji, že všechny odpovědi na dotazy pojistitele jsou pravdivé a úplné

Pojištěný uděluje souhlas pojistiteli, aby zjišťoval či ověřoval zdravotní stav pojištěného psa pro účely šetření pojistných událostí či výkonu jiných práv a povinností z pojistné smlouvy, a to zejména formou dotazů u příslušných veterinárních lékařů, žádostí o poskytnutí lékařských zpráv, pořízení výpisů nebo opisů ze zdravotnické dokumentace, popř. z jiných zápisů, které se vztahují ke zdravotnímu stavu pojištěného psa.

Datum

Podpis pojištěného

ČÁST B – Veterinární osvědčení (vyplňuje veterinární lékař)

Vyplňte, prosím, pouze část dotazníku, která se týká konkrétního požadavku.

Jedná se o: Onemocnění Úraz

Jde-li o onemocnění:

<input type="checkbox"/> Akutní	<input type="checkbox"/> Chronické	<input type="checkbox"/> Vrozené	<input type="checkbox"/> Dědičné	<input type="checkbox"/> Jiné
Kdy se projeví první zdravotní potíže (datum)?				
Popište příčinu, první příznaky a jejich průběh:				
Léčení zahájeno dne:		Léčení skončeno dne:		
Pokud jde o chronické onemocnění, kdy bylo diagnostikováno:				
Trpí pes dědičnou nebo vrozenou vadou (jakou)?		Má tato vada souvislost s onemocněním?		
Léčil se pes pro toto onemocnění již dříve? Pokud ano, kdy:				
Diagnóza:				
Jiné sdělení lékaře:				

Jde-li o úraz:

Kdy a kde došlo k úrazu?	
Popište tělesné poškození způsobené úrazem:	
Léčení zahájeno dne:	Léčení skončeno dne:
Byla poraněná část těla již před úrazem postižena? Pokud ano, uveďte, jak a v jakém rozsahu:	
Utrpěl pojištěný pes úraz stejné části těla již dříve?	
Diagnóza:	
Jiné sdělení lékaře:	

ČPP upozorňuje, že ten, kdo při uplatnění nároku na plnění z pojistné smlouvy uvede nepravdivé nebo hrubě zkreslené údaje nebo podstatné údaje zamlčí, vystavuje se možnosti postihu podle trestněprávních předpisů.

Prohlašuji, že jsem dnešního dne vyšetřil/a výše uvedeného psa a všechny mé odpovědi na dotazy pojistitele jsou pravdivé a úplné.

Adresa zdrav. zařízení, telefon:	Razítko a podpis lékaře:
Datum a místo:	