



# Oznámení škodné události z pojištění pro případ pracovní neschopnosti

Číslo pojistné smlouvy: \_\_\_\_\_

Otisk razítka, datum převzetí a podpis

Vyplní pojištěný/zákonný zástupce: \_\_\_\_\_

Pojištěný

Jméno: \_\_\_\_\_ Příjmení: \_\_\_\_\_ Titul: \_\_\_\_\_

Datum narození: \_\_\_\_\_ Rodné číslo: \_\_\_\_\_ Kód zdrav. pojišťovny: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_ e-mail: \_\_\_\_\_

Korespondenční adresa

Ulice: \_\_\_\_\_ Číslo popisné: \_\_\_\_\_

PSČ: \_\_\_\_\_ Obec (dodávací pošta): \_\_\_\_\_

K datu zahájení pracovní neschopnosti  jsem osoba se zdanitelnými příjmy (OSVČ, v pracovním poměru)  
 jsem osoba bez zdanitelného příjmu (na mateřské resp. rodičovské dovolené, studující, nezaměstnaný, důchodce, v domácnosti apod.) specifikujte:

Trpěl/a jste již dříve zdravotními problémy, které byly příčinou Vaší pracovní neschopnosti?

ANO - uveďte kdy, diagnózu, popis onemocnění či úrazu

NE

Plnění poukažte  na účet číslo: \_\_\_\_\_

poukázkou na jméno pojištěného a výše uvedenou adresu

praktický lékař, u kterého je vedena kompletní zdravotní dokumentace pojištěného

Jméno: \_\_\_\_\_ Příjmení: \_\_\_\_\_ Telefon: \_\_\_\_\_

Adresa - ulice, číslo popisné, PSČ a obec (dodávací pošta): \_\_\_\_\_

Prohlašuji, že jsem všechny otázky zodpověděl/a pravdivě a úplně, že jsem k hlášené škodné události podal/a pouze toto oznámení. Jsem si vědom/a důsledků nesprávných odpovědí na povinnost pojistitele plnit. Souhlasím, aby si pojistitel vyžádal veškerou potřebnou zdravotní dokumentaci o mém léčení a zdravotním stavu.

Svým podpisem zprošťuji lékaře a zaměstnance zdravotnických zařízení a úřadů (zdravotních pojišťoven, finančních úřadů, úřadů sociálního zabezpečení atd.) povinnosti mlčenlivosti a zmocňuji je k poskytnutí potřebných informací pojistiteli k ukončení likvidace pojistné události.

Uveďte, zda se v době vzniku škodné události vztahovala některá další pojištění na pojistné riziko, z něhož uplatňujete pojistné plnění  ANO  NE

Pokud ano, uveďte názvy pojistitelů a jejich pojistné částky: \_\_\_\_\_

V ..... dne .....

Podpis pojištěného (zákonného zástupce)

Poplatek za vyplnění této zprávy hradí pojištěný

Vyplní lékař: \_\_\_\_\_

## Část 1- na počátku pracovní neschopnosti

Neschopen práce od: \_\_\_\_\_

Číslo dokladu (neschopenky): \_\_\_\_\_

Hlavní diagnóza: ..... slovy: .....

Ostatní diagnózy: .....

Léčil se pacient pro toto onemocnění nebo úraz již dříve?  ANO - uveďte datum kdy bylo onemocnění poprvé diagnostikováno:

\_\_\_\_\_

NE

Bylo OSVČ vystaveno potvrzení pracovní neschopnosti?  ANO  NE

Pracovní neschopnost z důvodu:  pracovní úraz  úraz zaviněný jinou osobou  vliv alkoholu  
 % tox. látek  sebepoškození  nemoc z povolání  
 ostatní .....

U žen gravidita  ANO - termín porodu: .....  NE

### Část 2 – v průběhu pracovní neschopnosti (při žádosti o zálohu)

K dnešnímu dni  pracovní neschopnost trvá

Datum následující kontroly

V ..... dne .....

.....  
Razítko a podpis ošetřujícího lékaře  
(Název a adresa zdravotnického zařízení)

### Část 3 – při ukončení pracovní neschopnosti

Pracovní neschopnost ukončena dne

Byl/a pojištěnému přiznán/a  invalidita – stupeň .....  předčasný důchod  starobní důchod  
 změna pracovní schopnosti (osoba zdravotně znevýhodněná)

datum přiznání:

Došlo ze strany pojištěného k porušení léčebného režimu?  ANO  NE

V ..... dne .....

.....  
Razítko a podpis ošetřujícího lékaře  
(Název a adresa zdravotnického zařízení)

Požadovaná dokumentace:

- vyplněný formulář oznámení škodné události
- kopie potvrzení o trvání dočasné pracovní neschopnosti (neschopenky) potvrzené zaměstnavatelem
- lékařská zpráva