



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