Allianz pojišťovna, a. s.
Římská 103/12, 120 00 Praha 2, Česká republika

Allianz

Oznámení škodné události

Pojištění osob

Hlášení o vzniku pracovní neschopnosti

Doručeno

Pro interní potřeby pojistitele

Uveďte čísla všech pojistných smluv, ze kterých za oznamovaný úraz uplatňujete nárok na pojistné plnění:

1. 2. 3.

Jméno a příjmení:

Rodné číslo: /

Příčina pracovní neschopnosti, dále jen PN, (název nemoci nebo druhu úrazu):

Kdy došlo k úrazu?

Léčil jste se pro dané následky úrazu v minulosti?*	ANO		NE		
Léčil jste se pro danou nemoc v minulosti?*	ANO		NE		

V případě kladné odpovědi: U kterého lékaře je založena zdravotní dokumentace:

Jméno a přesná adresa ošetřujícího lékaře:

Jste pojištěn ve státním sociálním systému?*	ANO		NE		
Byl jste v den přiznání PN v pracovním poměru?*	ANO		NE		

Datum počátku PN:

Předpokládaná délka PN ve dnech:

Místo, kde se pojištěný v PN zdržuje (adresa a telefon):

V _____ dne _____

_____
podpis pojištěného

T. č. 102.06 / 05.2005

* Pozn.: platnou variantu označte křížkem X v rámečku umístěném vpravo od správné varianty