



Presentační razítko

Číslo pojistné události (vyplní pojišťovna):

HLÁŠENÍ O VZNIKU PRACOVNÍ NESCHOPNOSTI

1. Právo na pojistné plnění podle ujednání pojistné smlouvy vzniká za dobu pracovní neschopnosti (denní odškodné) trvá-li pracovní neschopnost v důsledku nemoci nebo úrazu déle než 28 dní.
2. Vyplňte všechna čísla pojistek, kterými jste pojištěn(a) pro případ denní dávky v pracovní neschopnosti u České podnikatelské pojišťovny, a.s. Po ukončení pracovní neschopnosti nechte potvrdit ošetřujícím lékařem. V případě dlouhodobé pracovní neschopnosti nechte potvrdit přibližně po 4 týdnech. Bez uvedení čísel pojistek a podpisu pojištěného nelze pojistnou událost vyřídit.
3. Ke každé pojistné události vyplňte pouze jedno hlášení. Nestačí-li místo v hlášení pojistné události pro požadované údaje, uveďte je zvlášť v rámečku na druhé straně hlášení.

POJIŠTĚNÝ	Číslo(a) pojistné(ých) smlouvy(ův):										
Titul, jméno a příjmení: Rodné číslo: <table border="1"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>											
Ulice: PSČ, místo:											
Telefon: Adresa zaměstnavatele včetně telefonního čísla:											
ÚDAJE O POJISTNÉ UDÁLOSTI:	Datum:										
Podrobný popis průběhu a okolností nemoci/úrazu:											
Byl(a) jste tímto druhem onemocnění/úrazu již dříve v pracovní neschopnosti? Pokud ano, kdy? (uveďte prosím jméno a adresu ošetřujícího lékaře):											
Vaše zdravotní pojišťovna:											
Jméno a adresa Vašeho současného ošetřujícího lékaře:											
Jméno a adresa odborného lékaře:											
Jméno a adresa obvodního lékaře:											
PŘILOŽTE kopii pracovní neschopenky a potvrzení o čistém měsíčním příjmu pokud jste v zaměstnaneckém poměru nebo obdobném (služebním) poměru. U osob samostatně výdělečně činných se potvrzení o pracovní neschopnosti a prokazování čistého měsíčního příjmu nevyžaduje, předkládají pouze kopii ŽL a osvědčení o registraci. PROHLÁŠENÍ A ZMOCNĚNÍ Prohlašuji, že jsem na všechny otázky odpověděl(a) pravdivě a úplně a že k výše uvedenému hlášení a pojištění jsem vyplnil(a) pouze toto hlášení. Jsem si vědom(a) důsledků nesprávných odpovědí na povinnost pojišťovny plnit. Souhlasím s tím, aby si pojišťovna vyžádala o mém léčení a zdravotním stavu veškerou potřebnou dokumentaci. Prohlašuji, že po dobu pracovní neschopnosti nevykonávám přechodně žádným způsobem svoji pracovní činnost, ani řídicí či kontrolní činnost, a to ani po omezenou část dne.											
Pojistné plnění poukažte na adresu:											
na účet č. (vč. kódu banky):											
vedený u (název a adresa banky):											
V..... dne.....											
podpis pojištěného (oprávněného)											

ZPLNOMOCNĚNÍ K POSKYTNUTÍ INFORMACÍ

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

datum

.....
podpis pojištěné (oprávněné) osoby

ZPRÁVA OŠETŘUJÍCÍHO LÉKAŘE

Upozornění pro lékaře:

1. Odměnu za vyplnění tohoto tiskopisu Vám uhradí pojištěný (oprávněný), kterému její přijetí potvrdíte stvrzenkou.
2. Prosíme o **čitelné** vyplnění všech údajů.
3. Pokud nestačí pro požadované údaje místo v předtištěných rubrikách, použijte samostatný papír.
4. Za 100% pracovní neschopnost se považuje, když pacient nemůže podle lékařského nálezu přechodně vykonávat žádným způsobem svoji pracovní činnost, také ji nevykonává a nevěnuje se žádné jiné výdělečné činnosti, nevykonává ani řídící či kontrolní činnost, a to ani po omezenou část dne.

Ošetřující lékař potvrzuje, že ošetřoval pojištěného, který je uveden na první straně tohoto oznámení a zjistil tělesná poškození a zdravotní újmy tohoto druhu a rozsahu:

Kdy došlo (podle zdravotní dokumentace) k prvnímu lékařskému ošetření?	Dne		
Diagnóza vlastního zranění/nemoci (česky):			
Kód diagnózy podle MKN - 10:			
Odpovídá ošetřované onemocnění/tělesné poškození a jeho rozsah ději, jak je uveden na straně 1 tohoto hlášení?			
Je v příčinné souvislosti s nějakým dřívějším onemocněním nebo úrazem? Se kterým?			
Způsob a druh ošetření, podrobně popište (u rehabilitace udejte výsledky, jak často a dlouho byla prováděna):			
V pracovní neschopnosti od	Pracovní neschopnost přibližně do		
Vycházky povoleny ANO / NE; kolikrát týdně	od	hodin do	hodin
Došlo-li k prodloužení doby léčení v důsledku komplikací, uveďte o jaké komplikace šlo:			
Došlo k úrazu následkem požití alkoholu nebo návykových látek? ano ne			
V krvi bylo zjištěno ‰ alkoholu. Do jaké míry požitý alkohol nebo návyková látka ovlivnily chování pojištěného?			
Bylo příčinou úrazu úmyslné sebepoškození? ano ne			
Doba pracovní neschopnosti trvala od		do	
Jiná sdělení lékaře:			
V dne			
razítko a podpis lékaře			