

OZNÁMENÍ PRACOVNÍ NESCHOPNOSTI (PN) ¹⁾ NEBO POBYTU V NEMOCNICI

A. POJIŠTĚNÝ ²⁾

Číslo pojistné události: _____

Rodné číslo:	Příjmení:	Jméno:	Titul:
Adresa - ulice (místo), č. p.:	Obec - dodací pošta:		PSČ:
Číslo pojistné smlouvy (pojistky):	Uzavřené dne:	Číslo klienta (bylo-li již přiděleno):	Sazba

Počátek PN nebo pobytu v nemocnici:	Konec PN nebo pobytu v nemocnici:	Příčina PN nebo pobytu v nemocnici (uveďte konkrétní nemoc nebo úraz):	
Pojistné plnění poukažte na adresu nebo účet (uveďte pouze jednu z možností):			
Peněžní ústav:	Číslo účtu:	Kód banky:	Specifický symbol:

Prohlašuji, že všechny údaje v tomto tiskopisu jsem uvedl(a) úplně a pravdivě. Souhlasím s tím, aby si pojišťovna vyžádala o mém léčení a zdravotním stavu veškerou potřebnou dokumentaci. Beru na vědomí, že se pojišťovna na úhradě odměny lékaři za vyplnění zprávy na tomto tiskopisu podílí částkou 50 Kč.

Datum:	Přílohy:	V..... Místo Podpis pojištěného
--------	----------	-----------------	-----------------------------

¹⁾ Platnou variantu označte křížkem

²⁾ V případě uplatnění práva na plnění za PN vyplňte horní polovinu tiskopisu a spolu s kopií I. dílu „Potvrzení PN“ (trvá-li PN déle než tři měsíce) nebo II. dílu „Potvrzení PN - hlášení závodu o ukončení PN“ (po ukončení PN) zašlete agentuře, která spravuje Vaše pojištění. Do rámečku na rubu tiskopisu uveďte příjmení, jméno a adresu lékaře, který Vám PN vystavil. V případě uplatnění práva na plnění za pobyt v nemocnici a tehdy, nebyla-li Vám PN vystavena (jste např. student, žena v domácnosti), nechte vždy vyplnit zprávu lékaře. Odměnu za vyplnění zprávy uhradte lékaři přímo a potvrzení o úhradě zašlete pojišťovně.

B. ZPRÁVA LÉKAŘE

Odměnu za vyplnění této zprávy Vám uhradí pojištěný nebo pojišťovna (vyžaduje-li zprávu sama). Na základě Vámi vystaveného dokladu pojišťovna uhradí pojištěnému částku 50 Kč.

Počátek PN nebo pobytu v nemocnici:	Konec PN nebo pobytu v nemocnici:	Kód diagnózy podle MKN-10:
Příčina pracovní neschopnosti nebo pobytu v nemocnici - uveďte diagnózu (česky):		
Vystaveno potvrzení pracovní neschopnosti č.:		
Uveďte předchozí pracovní neschopnosti pojištěného za poslední dva roky včetně kódu diagnózy podle MKN-10:		
Jde-li o pobyt v nemocnici, uveďte, zda byla hospitalizace přerušena (např. přes víkend)? Pokud ano, na kolik dní:	Jde o opakovanou hospitalizaci v důsledku téže diagnózy? Pokud ano, uveďte data od - do předchozí hospitalizace:	
Jiná sdělení lékaře:		

Název zdravotnického zařízení nebo jméno lékaře:	Obec - dodací pošta:	PSČ:
Název oddělení:	Číslo oddělení:	Telefon včetně předvolby:
Peněžní ústav:	Číslo účtu:	Kód banky:
Specifický symbol:		

Datum:	V..... Místo Razítko a podpis lékaře
--------	-----------------	----------------------------------

