

Oznámení škodné události

Doručeno

Pojištění osob

Hlášení o vzniku pracovní neschopnosti

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:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

 /

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Adresa trvalého bydliště: _____ Telefon: _____

Kontaktní adresa pro tuto škodnou událost: _____

E-mail: _____

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