



Číslo pojistné smlouvy

Oznámení pojistné události – Pracovní neschopnost

Pojistitel: NN Životní pojišťovna N.V., pobočka pro Českou republiku, se sídlem: Nádražní 344/25, 150 00 Praha 5 – Smíchov, Česká republika, IČ: 40763587, zapsaná v obchodním rejstříku vedeném Městským soudem v Praze, oddíl A, vložka 6305, jako organizační složka společnosti NN Životní pojišťovna N.V., se sídlem: Weena 505, 3013AL Rotterdam, Nizozemské království, zapsaná v obchodním rejstříku Obchodní komory v Rotterdamu, Nizozemské království, datum zápisu 17. ledna 1863, číslo zápisu 24042211 (dále jen „pojišťovna“ nebo „NN Životní pojišťovna“)

Vyplni pojištěný – VŽDY PŘILOŽTE AKTUÁLNÍ LÉKAŘSKÉ ZPRÁVY Z POSLEDNÍ KONTROLY

Část A – Pojištěný

| | | | | | |
|--------------------------------------|-----------------------------|---------------------|---------------|-------------|--|
| Příjmení | | Jméno | | Rodné číslo | |
| Telefon | | E-mail ¹ | | | |
| Zaměstnanec <input type="checkbox"/> | Zaměstnán jako | | Zaměstnavatel | | |
| OSVČ <input type="checkbox"/> | Druh podnikatelské činnosti | | | | |
| Adresa v době pracovní neschopnosti | | | | | |

Způsob výplaty

Způsob výplaty pojistného plnění

na bankovní účet – kód banky

poštovní poukázkou na adresu

Ulice a číslo popisné PSČ Obec

Čekací doba

Žádám o zohlednění uplynulé čekací doby z již ukončeného, typově shodného připojištění, které bylo s pojišťovnou sjednáno na pojistné smlouvě č.2

Datum a podpis

Dne

Podpis pojištěného

Část B – lékař

Vyplni lékař

Neschopen práce od Diagnóza číslem (ICD) Diagnóza slovy

Úraz: pracovní zaviněný jinou osobou nemoc z povolání ostatní Podezření z vlivu alkoholu: ano ne

Vycházky ano od do od do ne

Hospitalizace ano od do ne

Léčil se pacient již dříve pro toto onemocnění/tento úraz?: ano ne

Bylo vystaveno Rozhodnutí o dočasné prac. neschopnosti (viz formulář ČSSZ)? ano č. dne ne

Datum další kontroly Datum vystavení

Razítko a podpis lékaře

Část C – Další trvání

Potvrzení o dalším trvání pracovní neschopnosti (vyplni lékař)

| | |
|--|---|
| Pracovní neschopnost trvá <input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne | Datum stávající kontroly <input type="text"/> Datum další kontroly <input type="text"/> <input type="text"/> Razítko a podpis lékaře |
| Hospitalizace <input type="checkbox"/> ano od <input type="text"/> do <input type="text"/> <input type="checkbox"/> ne | |
| Event. změna diagnózy <input type="text"/> Diagnóza číslem (ICD) <input type="text"/> | |
| Změna diagnózy od <input type="text"/> | |
| Vycházky <input type="checkbox"/> ano od <input type="text"/> do <input type="text"/> <input type="checkbox"/> ne | |

Část D – Konečné potvrzení o ukončení

Konečné potvrzení o ukončení pracovní neschopnosti (vyplni lékař)

| | |
|---|------------------------|
| Schopen od | Konečná diagnóza (ICD) |
| Datum vystavení <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| <input type="text"/> Razítko a podpis lékaře | |

Postup při vyplňování formuláře a jeho odesílání

Při zjištění pracovní neschopnosti musí být vyplněn tento formulář, který má čtyři části. Formulář s vyplněnou **částí A a B**, potvrzený ošetřujícím lékařem, zašle pojištěný **pojišťovně bez zbytečného odkladu po zahájení pracovní neschopnosti**.

Při pracovní neschopnosti dlouhodobějšího charakteru je nutno nechat si potvrdit ošetřujícím lékařem vždy v den kontroly její další trvání **v části C, poté eventuálně na nově vyplněném formuláři**. Při každé návštěvě lékaře je nutné tento formulář znovu vytisknout a vyplnit příslušné části. Každý vyplněný formulář musí být **průběžně a neprodleně** zasílán do pojišťovny. Upozorňujeme, že **datum stávající kontroly v části C je důležitým údajem pro poskytování pojistného plnění**.

Ukončení pracovní neschopnosti si pojištěný nechá potvrdit vždy v **části D** tohoto formuláře.

Dodržujte lékařem určené datum kontroly. Případné náklady na vystavení dokladu nese pojištěný.

VŽDY PŘILOŽTE AKTUÁLNÍ LÉKAŘSKÉ ZPRÁVY Z POSLEDNÍ KONTROLY

¹ Vyplněním e-mailové adresy urychlíte vyřešení pojistné události.

² Pojišťovna je oprávněna vzdát se svého práva na uplatnění čekací doby dle příslušných ZPP v případě, že připojištění, z něhož je pojistná událost uplatňována, v přímé časové návaznosti nahradilo typově shodné připojištění sjednané na stejnou pojistnou částku a pojistnou dobu.