



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"/>	Zaměstnan 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 ano ne

Hospitalizace ano od do
 ne

Event. změna diagnózy Diagnóza číslem (ICD)

Změna diagnózy od

Vycházky ano od do
 ne

Datum stávající kontroly
Datum další kontroly

Razítko a podpis lékaře

Část D – Konečné potvrzení o ukončení

Konečné potvrzení o ukončení pracovní neschopnosti (vyplni lékař)

Schopen od Konečná diagnóza (ICD)

Datum vystavení

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.