

Potvrzení trvání pracovní neschopnosti



ČÁST I VYPLNÍ POJIŠTĚNÝ

Jméno a příjmení pojištěné(ho):	
Rodné číslo nebo datum narození:	
Adresa pobytu při pracovní neschopnosti:	
	PSČ:
	telefonní číslo:
Pojistná smlouva číslo:	

ČÁST II VYPLNÍ LÉKAŘ, KTERÝ VYSTAVIL POTVRZENÍ O PRACOVNÍ NESCHOPNOSTI

(Případné výdaje spojené s vyplněním tohoto potvrzení hradí pojištěný)

Uvedte, prosím, datum počátku pracovní neschopnosti:	Datum:
Uvedte, prosím, datum poslední kontroly u Vás:	Datum:
Uvedte předpokládané datum ukončení pracovní neschopnosti:	Datum:
Přesná diagnóza onemocnění, které je nyní příčinou trvání pracovní neschopnosti:	
Objevily se v průběhu trvání pracovní neschopnosti u pojištěné(ho) ještě jiné symptomy, zdravotní komplikace nebo jiná onemocnění? <i>Pokud ano, uveďte, prosím, podrobnosti:</i>	Ne <input type="checkbox"/> Ano <input type="checkbox"/>
Měl(a) pojištěný(á) některé z těchto obtíží/nemocí již v minulosti? <i>Pokud ano, uveďte, prosím, podrobnosti:</i>	
Popište, prosím, stručně dosavadní způsob léčby včetně plánované léčby:	

..... Datum Razítko a podpis ošetřujícího lékaře
----------------	---

ČÁST III PROHLÁŠENÍ POJIŠTĚNÉHO

Já, níže podepsaný(á) tímto prohlašuji, že veškeré údaje uvedené výše či jinak poskytnuté v souvislosti s touto pojistnou událostí, jsou pravdivé a byly učiněny podle mého nejlepšího vědomí a svědomí. Současně prohlašuji, že jsem k dnešnímu dni stále ze zdravotních důvodů neschopen(a) výdělečné činnosti a výdělečnou činnost tedy neprovozuji. Beru na zřetel, že pokud nebyly poskytnuté údaje a informace uvedeny pravdivě, pojišťovna je oprávněna snížit nebo odmítnout výplatu pojistného plnění. Beru na vědomí povinnost nahlásit bezodkladně pojišťovně ukončení stavu „praceneschopnosti“ či nástupu do zaměstnání.

..... Datum Podpis pojištěného
----------------	-----------------------------