

Potvrzení o ukončení pracovní neschopnosti



V případě, že Vaše pracovní neschopnost z důvodu úrazu nebo nemoci byla ukončena, vyplňte, prosím, tento formulář, nechte jej potvrdit lékařem, který vystavil potvrzení o pracovní neschopnosti a zašlete jej obratem na níže uvedenou adresu Aviva životní pojišťovny, a.s.

ČÁST I VYPLNÍ POJIŠTĚNÝ

Jméno a příjmení pojištěné(ho):	
Rodné číslo nebo datum narození:	
Pojistná smlouva číslo:	

ČÁST II POTVRZENÍ LÉKAŘE O UKONČENÍ PRACOVNÍ NESCHOPNOSTI

(Případné výdaje spojené s vyplněním tohoto potvrzení hradí pojištěný)

Uvedte, prosím, datum počátku pracovní neschopnosti:	Datum:
Uvedte, prosím, datum ukončení pracovní neschopnosti:	Datum:
Schopen práce od:	Datum:
Přesná diagnóza onemocnění, které způsobilo pracovní neschopnost:	
Uvedte, prosím, všechny další diagnózy, které byly příčinou trvání této pracovní neschopnosti:	
Poznámky:	

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