



HLÁŠENÍ ŠKODNÉ UDÁLOSTI – PRACOVNÍ NESCHOPNOST

AEGON Pojišťovna, a.s., Na Pankráci 26/322, 140 00 Praha 4, Česká republika, IČ: 271 82 461, zapsaná v Obchodním rejstříku Městského soudu v Praze, oddíl B, vložka 9577.

Vyplňte čitelně celou první stranu formuláře¹⁾, přiložte kopii dokladu „Rozhodnutí o dočasné pracovní neschopnosti“ a zašlete na výše uvedenou adresu nejpozději do 29. dne trvání pracovní neschopnosti. V případě dlouhodobé pracovní neschopnosti si nechte svým ošetřujícím lékařem pravidelně po každých 14. dnech potvrdit trvání pracovní neschopnosti (2. strana - 3. část tohoto formuláře) a zasílejte neprodleně na výše uvedenou adresu. 4. část formuláře zašlete bezprostředně po ukončení pracovní neschopnosti. Pokud máte sjednáno připojištění pracovní neschopnosti na pojistnou částku převyšující 300 Kč, přiložte zároveň doklad o výši příjmů (rozsah je uveden v pojistných podmínkách). Náklady na vyplnění formuláře nese pojištěný.

ČÁST I. (vyplňuje pojištěný)

IDENTIFIKACE	Číslo pojistné smlouvy (smluv)				
	Máte sjednáno pojištění pracovní neschopnosti u jiného pojistitele? <input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne		Pokud ano, uveďte jména pojistitelů		
POJIŠTĚNÝ	Titul před jménem	Příjmení	Jméno	Titul za jménem	
	Rodné číslo	Datum narození	Telefon	Kód zdrav. poj.	
	Trvalé bydliště - ulice (místo a číslo)		PSČ	Místo (pošta)	
	Zaměstnání - vykonávaná činnost, prac. zařízení		Od	Do	
	Název a adresa zaměstnavatele				
	OSVČ <input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne	Druh podnikatelské činnosti			
	Nezaměstnaný <input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne	Od	Žena v domácnosti <input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne	Důchodce <input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne	Student <input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne
	Podrobný popis škody (uveďte příčiny vzniku pracovní neschopnosti)			Kdy ke škodě došlo? datum, čas	
	Trpěl/a jste uvedenými nebo podobnými zdravotními problémy již dříve? (uveďte kdy, diagnózu, popis onemocnění či úrazu) <input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne		Byl/a jste před škodou invalidní? (uveďte diagnózu, odkdy?) <input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne		
	Znemožnily Vám uvedené zdrav. problémy výkon povolání v plném rozsahu?				
Po celou dobu prac. neschopnosti <input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne		Pracoval/a jsem po dobu léčeni <input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne			
Od		Do			

POJIŠTNÉ PLNĚNÍ	<input type="checkbox"/> Pojištěný <input type="checkbox"/> Zákonný zástupce			
	Titul před jménem	Příjmení	Jméno	Titul za jménem
	Rodné číslo	Adresa		
	Pojistné plnění poukažte <input type="checkbox"/> na účet <input type="checkbox"/> na výše uvedenou adresu poštovní poukázkou		Předčíslí/Číslo účtu/Kód banky	

PROHLÁŠENÍ: Souhlasím, aby si pojišťovna vyžádala veškerou dokumentaci o mém zdravotním stavu a průběhu léčeni pro potřeby šetření škodné události a zprošťuji lékaře jejich slibu mlčenlivosti. Rovněž souhlasím, aby si pojišťovna vyžádala potřebné podklady u policie, správních orgánů a jiných pojišťoven o této škodné události. Prohlašuji, že jsem veškeré dotazy zodpověděl/a plně a pravdivě a že jsem si vědom/a důsledků nesprávných nebo neúplných odpovědí na povinnost pojišťovny plnit.

V _____	Podpis poškozeného	Úřední ověření totožnosti osoby uplatňující nárok na pojistné plnění
Dne _____		

¹⁾ V případě nedostatku místa uveďte potřebné informace na zvláštní list papíru s označením čísla smlouvy, data škody a podpisem osoby, která jej vyplnila.

ČÁST II. (vyplňuje ošetřující lékař na počátku pracovní neschopnosti)

POPIS PRACOVNÍ NESCHOPNOSTI	Důvod pracovní neschopnosti <input type="checkbox"/> pracovní úraz <input type="checkbox"/> úraz zaviněný jinou osobou <input type="checkbox"/> úrazy ostatní <input type="checkbox"/> sebepoškození <input type="checkbox"/> ostatní nemoci			
	Podezření z vlivu alkoholu či jiných omamných látek? <input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne	Diagnóza dle WHO	Diagnóza slovy	
	Neschopen práce od	Číslo dokladu Rozhodnutí o dočasné práci neschopnosti		
	Podrobný popis léčby			
	Léčil se již pacient pro toto onemocnění (popř. úraz) dříve? <input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne	Pokud ano, uveďte kdy (datum), kde a jak?		

V _____	Podpis a razítko lékaře
Dne _____	

HLÁŠENÍ ŠKODNÉ UDÁLOSTI – PRACOVNÍ NESCHOPNOST

ČÁST III. (vyplňuje ošetřující lékař při trvání pracovní neschopnosti - tuto část zasíláte každých 14 dní trvání pracovní neschopnosti)

POJISTĚNÝ	Titul před jménem	Příjmení		Titul za jménem
	Jméno	Datum narození	Rodné číslo	
POPIS TRVÁNÍ PRACOVNÍ NESCHOPNOSTI	Datum ošetření či kontroly	Datum příští kontroly		
	Lékařský nález (změna dg., způsob rehabilitace atd.)			
	Popis léčby			
	Existují onemocnění, která mohla nebo ovlivnila délku léčení? (např. cukrovka, epilepsie apod.)		U žen gravidita <input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne	Termín porodu

V _____

Dne _____

Podpis a razítko lékaře

ČÁST IV. (vyplňuje ošetřující lékař při ukončení pracovní neschopnosti)

POPIS PRACOVNÍ NESCHOPNOSTI	Datum ukončení prac. neschop.	Práce schopen od	Byl porušen léčebný režim <input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne
	Konečná diagnóza		

V _____

Dne _____

Podpis a razítko lékaře