

## Oznámení škodné události

Doručeno

Pojištění osob

## Hlášení o vzniku pracovní neschopnosti

Pro interní  
potřeby  
pojistitele

--	--

--

Uveďte čísla všech pojistných smluv, ze kterých za oznamovaný úraz uplatňujete nárok na pojistné plnění:

1.	<input type="text"/>	2.	<input type="text"/>	3.	<input type="text"/>
----	----------------------	----	----------------------	----	----------------------

Jméno a příjmení: \_\_\_\_\_ Rodné číslo:           /

Adresa trvalého bydliště: \_\_\_\_\_ Telefon: \_\_\_\_\_

Kontaktní adresa pro tuto škodnou událost: \_\_\_\_\_

E-mail: \_\_\_\_\_

Příčina pracovní neschopnosti, dále jen PN, (název nemoci nebo druhu úrazu):  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Kdy došlo k úrazu?

Léčil jste se pro dané následky úrazu v minulosti?\* ANO  NE

Léčil jste se pro danou nemoc v minulosti?\* ANO  NE

V případě kladné odpovědi: U kterého lékaře je založena zdravotní dokumentace:  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Jméno a přesná adresa ošetřujícího lékaře:  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Jste pojištěn ve státním sociálním systému?\* ANO  NE

Byl jste v den přiznání PN v pracovním poměru?\* ANO  NE

Datum počátku PN: \_\_\_\_\_

Předpokládaná délka PN ve dnech: \_\_\_\_\_

Místo, kde se pojištěný v PN zdržuje (adresa a telefon):  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

V \_\_\_\_\_ dne \_\_\_\_\_ podpis pojištěného