

Oznámení škodní události

Doručeno

Pojištění osob

Pracovní neschopnost z důvodu nemoci či úrazu

Pro interní
potřeby
pojistitele

Pokyny pro pojištěného:

Vyplňte, prosím, přední stranu formuláře, zadní stranu vyplní ošetřující lékař, který Vaši nemoc nebo úraz léčil a přiznal Vám pracovní neschopnost. Jestliže je podle pojistné smlouvy (pojistných podmínek) podmínkou plnění vystavení dokladu pracovní neschopnosti, je třeba přiložit jeho fotokopii k tomuto hlášení. Vyplněný formulář s případnými přílohami zašlete na shora uvedenou adresu – úsek likvidace pojistných událostí osob. Přiložením fotokopii zdravotní dokumentace týkající se léčení nemoci nebo úrazu výrazně zkrátíte likvidační šetření.

Uvedte, prosím, čísla všech pojištěných, kterými jste u pojišťovny Allianz pojištěn pro případ ušlého výděлку při pracovní neschopnosti, pro případ úrazu a pro případ pobytu v nemocnici:																																	
1.												2.											3.										
Jméno a příjmení pojištěného:										Rodné číslo:																							
Adresa trvalého bydliště včetně PSČ:										Telefon:																							
Kontaktní adresa pro tuto škodní událost:																																	
K datu přiznání pracovní neschopnosti jste pracoval jako zaměstnanec v profesi:										E-mail:																							
Pracujete převážně:*		manuelně				duševně				Adresa zaměstnavatele / telefon:																							
Trvá prac. poměr k datu přiznání PN?*												ANO				NE																	
Došlo k datu přiznání PN k právním úkonům směřujícím k jeho ukončení?*												ANO				NE																	
Pokud jste OSVČ, co je předmětem Vaší činnosti?																																	
Pracujete převážně:*		manuelně				duševně				Jste nemocensky pojištěn ve státním sociálním systému?*				ANO				NE															
Jste registrován pro daň z příjmů fyzických osob?												ANO				NE																	
Jste spolupracující osoba ve smyslu zákona o dani z příjmu?												ANO				NE																	

Následující odstavec vyplňte v případě pracovní neschopnosti z důvodu nemoci i úrazu:

Kdy jste v souvislosti s nemocí či úrazem, pro kterou nárokujete denní náhradu, poprvé navštívil lékaře?			Jaká byla stanovena diagnóza?		
Adresa a jméno lékaře, který ji stanovil?					
Kdo a kdy vystavil doklad o pracovní neschopnosti? Jméno a adresa lékaře:					
Kde jste se pro úraz či nemoc léčil a budete léčit:					
Jméno a adresa:		Odbornost:		Telefon:	
Jméno a adresa:		Odbornost:		Telefon:	
Léčil jste se pro uvedené onemocnění v minulosti? Když ano, uveďte kdy a kde:					
Na které adrese se v době pracovní neschopnosti zdržujete?					
Máte stanoveny lékařem vycházky? Když ano, uveďte přesně dny a hodiny:					
Jste pojištěn u jiné pojišťovny pro ušlý výdělek za dobu pracovní neschopnosti? U které a na jakou denní náhradu?					
Jste úrazově pojištěn i u jiných komerčních pojišťoven?*		ANO			
		NE		Pokud ano, u kterých?	
Obdržel jste nebo obdržíte další náhradu mzdy za dobu trvání pracovní neschopnosti z důvodu nemoci či úrazu (nemoc z povolání, pracovní úraz a podobně)? Od koho, v jaké výši a za jaké období:					

Následující odstavec vyplňte pouze v případě pracovní neschopnosti přiznané výlučně z důvodu úrazu:

K úrazu došlo dne:		hodina		místo	
Popište, prosím, souvisle a podrobně jak k úrazu došlo:					
Která část těla byla poraněna?		Byla tato část těla postižena již před tímto úrazem?*			
		ANO			
		NE			
Jména a adresy případných svědků:					
Vyšetřovala úraz Policie České republiky? Uveďte přesnou adresu útvaru Policie, jméno policisty a telefon:					
Jste registrovaný sportovec?*		ANO			
		NE		Pokud ano, uveďte ve kterém sportu a v jaké soutěži:	
Jste levák?*		ANO			
		NE			

Prohlašuji, že všechny údaje uvedené v tomto oznámení nebo v informaci lékařům o mé nemoci či úrazu jsem uvedl/a úplně a pravdivě a že jsem si vědom/a důsledků nepravdivých nebo neúplných údajů. Souhlasím s tím, aby pojišťovna zjišťovala a přezkoumávala můj fyzický i psychický zdravotní stav u všech lékařů a zdravotnických zařízení, u kterých jsem se léčil/a, léčím nebo se budu léčit. Tento souhlas uděluji za účelem vyřízení pojistných událostí s tím, že zmocňuji lékaře a zdravotnická zařízení k vyhotovení lékařských zpráv, provedení výpisu ze zdravotnické dokumentace nebo k jejímu zapůjčení pojišťovně, a proto zprostředkuji povinnosti mlčenlivosti dotazované lékařem a pracovníky zdravotnických zařízení. Souhlasím též s tím, aby si pojišťovna vyžádala kopii dokladu o pracovní neschopnosti a jiné informace nezbytné ke stanovení rozsahu pojistného plnění (od zaměstnavatele, správy sociálního zabezpečení, Policie ČR, obecní policie, soudu, obecního a městského úřadu apod.). Beru na vědomí, že pojišťovna je z hlediska zákona č. 101/2000 Sb. o ochraně osobních údajů, v platném znění, správcem a zpracovatelem osobních údajů, včetně osobních údajů o mém zdravotním stavu. Souhlasím s tím, aby pojišťovna tyto údaje o zdravotním stavu zpracovávala po celou dobu trvání nároků z tohoto pojištění.

Plnění poukáže na účet: _____
 V _____ dne _____

 podpis pojištěného, zákonného zástupce

* Pozn.: platnou variantu označte křížkem X v rámečku umístěném vpravo od správné varianty

Lékařská zpráva ošetřujícího lékaře a doklad o pracovní neschopnosti

(v případě nedostatku místa napište odpovědi na dotazy na zvláštní list či zašlete kopii předmětné zdravotní dokumentace)

Ošetřující lékař potvrzuje, že ošetřoval pacienta, který je uveden na první straně tohoto oznámení. Ze záznamů zdravotní dokumentace a dalších evidencí uvádí:

Iméno a příjmení pojištěného:	rodné číslo:																			
Datum vzniku pracovní neschopnosti:																				
Kdy došlo k prvnímu lékařskému ošetření pro uvedenou nemoc nebo úraz. Jaká byla stanovena diagnóza, uveďte slovně i označením podle Mezinárodní klasifikace nemocí (MKN 10):																				
Změna diagnózy:										ode dne:										
Změna diagnózy:										ode dne:										
Odpovídá, v případě úrazu, tělesné poškození a jeho rozsah úrazového ději, jak je uvedeno na 1. str. oznámení?* ANO										NE										

RTG nálezy s popisem:																			
Popište, prosím, podrobně způsob a druh léčení (názyvy a dávkování léků, druh aplikace léků, druh podpůrné léčby, u rehabilitace udejte druh léčby):																			
Rehabilitace od:										do:									
V případě úrazu, byla poraněna končetina nebo orgán již před tímto úrazem postižen (-a)? V jakém rozsahu:																			

Byl pacient pro stejné onemocnění v minulosti již léčen? Kdy vznikly první obtíže, kdy a kde se léčil?																			
Je průběh onemocnění či léčení úrazu komplikován? Druh komplikace:																			
Byl pojištěný v souvislosti se současným onemocněním hospitalizován? Kdy? Jak dlouho? Uveďte adresu nemocničního zařízení a jméno ošetřujícího lékaře, telefon:																			

V případě trvání pracovní neschopnosti byly stanoveny vycházky? Pokud ano, tak ve které dny a hodiny:																											
Na kdy je stanovena následující kontrola u ošetřujícího lékaře?:																											
Došlo k onemocnění následkem požití alkoholu nebo jiných návykových látek? Pokud ano, tak do jaké míry shora uvedené mělo vliv na vznik onemocnění a trvání pracovní neschopnosti																											
Došlo k úrazu následkem požití alkoholu nebo návykových látek?* ANO																				NE		Bylo zjištěno: v krvi		%alkoholu		v moči:	
Do jaké míry požití alkohol ovlivnil chování poraněného?																											
Je pacientem dodržován léčebný režim? Pokud ne, jak byl porušen?																											
Předpokládáte, že úraz zanechá trvalé následky?* ANO										NE		Jakého rozsahu:															

Doklad o pracovní neschopnosti u osob nemocensky pojištěných:

Vyplňte u všech pojištěných osob, které jsou nemocensky pojištěny:																			
Den vystavení dokladu o pracovní neschopnosti:										Číslo dokladu PN:									
Od kdy, do kdy trvala pracovní neschopnost (v případě jejího ukončení):																			
V případě trvání pracovní neschopnosti její předpokládaný konec:																			
Doklad o pracovní neschopnosti byl zaslán na správu sociálního zabezpečení – adresa:																			

Doklad o pracovní neschopnosti pro pojišťovnu Allianz u osob nemocensky nepojištěných:

Vyplňte pouze u osob samostatně výdělečně činných, které nejsou nemocensky pojištěny:																			
Potvrzuji, že na základě shora uvedených lékařských zpráv nedovoluje (nedovoloval) pojištěnému jeho zdravotní stav pro shora uvedenou nemoc nebo úraz vykonávat jeho dosavadní samostatnou výdělečnou činnost.																			
Pracovní neschopnost trvala od										do									
V případě trvání pracovní neschopnosti její předpokládaný konec:																			

V _____ dne _____										razítko a podpis ošetřujícího lékaře adresa zdrav. zařízení, telefon									
-------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	---	--	--	--	--	--	--	--	--	--

* Pozn.: platnou variantu označte křížkem X v rámečku umístěném vpravo od správné varianty