



Česká podnikatelská pojišťovna, a.s., Vienna Insurance Group
Pobřežní 665/23, 186 00 Praha 8, IČ: 63998530, klientská linka: 841444555

Adresa pro zasílání korespondence: Česká podnikatelská pojišťovna, a.s., Vienna Insurance Group, P.O.BOX 28, 664 42 Modřice

HLÁŠENÍ pracovní neschopnosti – náklady domácnosti

Pokud bude Vaše pracovní neschopnost (PN) trvat minimálně o jeden den více než je v pojistné smlouvě sjednaná karenční doba, vyplňte po jejím ukončení **část I. a IV.**, o vyplnění **části II. a III.** požádejte Vašeho ošetřujícího lékaře. Řádně vyplněný formulář doručte na adresu pojistitele, uvedenou v záhlaví. V případě předpokladu delší PN a požadavku na postupné pojistné plnění si pořiďte odpovídající počet kopií **první strany** vyplněného formuláře, ještě před potvrzením **části III.** lékařem, pro následná hlášení o trvání PN resp. pro její ukončení. Na tyto kopie Vám lékař postupně v části III. pokračování PN resp. její ukončení potvrdí. Tato průběžná hlášení nechte potvrdit vždy po dovršení 30 dnů od posledního nároku na pojistné plnění a doručte je obratem na adresu pojistitele. K hlášení přiložte kopii neschopenky, pokud byla vystavena, OSVČ kopii ŽL. Za vyplnění formuláře uhradíte lékaři požadovaný honorář. Doklad o zaplacení zašlete spolu s hlášením a do výše 200 Kč Vám bude proplacen spolu s pojistným plněním.

Část I. (vyplní pojištěný)

Příjmení, jméno, titul..... Telefon

Adresa pobytu v době pracovní neschopnosti.....

Rodné číslo čísla všech Vašich smluv s připojištěním pracovní neschopnosti.....

K datu zahájení PN *mám trvalý pobyt na území ČR *jsem osoba se zdanitelnými příjmy (OSVČ, v pracovním poměru).
*jsem osoba bez zdanitelného příjmu (na mateřské resp. rodičovské dovolené, studující, nezaměstnaný, v domácnosti apod.)

Specifikujte:.....

Prohlášení pojištěného

Souhlasím, aby Česká podnikatelská pojišťovna, a.s., Vienna Insurance Group zjišťovala pro potřebu šetření pojistné události informace, související s výše uvedenými pojistnými smlouvami, u mého zaměstnavatele resp. ČSSZ a dále informace o mém zdravotním stavu a u všech lékařů a zdravotnických zařízení, u kterých jsem se dosud léčil, léčím nebo se budu léčit. Opravňuji dotazované lékaře, zdravotnická zařízení, zdravotní pojišťovny, ČSSZ a zaměstnavatele k poskytnutí těchto informací výše uvedenému pojistiteli.

Plnění poukažte *na účet číslo:

*poukázkou na jméno pojištěného a adresu:

V..... dne..... Podpis pojištěného

Část II. (vyplní lékař)

Neschopen práce od Hlavní diagnóza slovy.....

Datum kontroly..... č.dokladu (neschopenky).....

Léčil se pacient pro toto onemocnění nebo úraz již dříve? *ANO *NE

Pokud ano, kdy.....

Bylo OSVČ vystaveno potvrzení pracovní neschopnosti pro ČSSZ? *ANO *NE

Mají návykové látky vliv na vznik pracovní neschopnosti? *ANO *NE

Byl/a pojištěnému přiznán/a: *Invalidita – stupeň..... *Předčasný důchod *Starobní důchod

* Změna pracovní schopnosti (Osoba zdravotně znevýhodněná) Datum přiznání:.....

Pracovní neschopnost byla způsobena : *Pracovním úrazem *Úrazem zaviněným jinou osobou *Nemocí z povolání

Část III. (vyplní lékař)

K dnešnímu dni pracovní neschopnost trvá Datum další kontroly.....

Změna diagnózy ode dne..... Nová diagnóza..... slovy.....

Hospitalizace od do..... v

Pracovní neschopnost ukončena dne.....

Došlo ze strany pojištěného k porušení léčebného režimu? *ANO *NE

V..... dne.....

Razítko a podpis ošetřujícího lékaře

Adresa zdravotnického zařízení

ČPP upozorňuje, že ten, kdo při uplatnění nároku na plnění z pojistné smlouvy uvede nepravdivé nebo hrubě zkreslené údaje nebo podstatné údaje zamlčí, vystavuje se možnosti postihu podle trestního zákona.