

Záznamy pojistitele

Potvrzení o trvání / ukončení pracovní neschopnosti

Tímto formulářem potvrzujete pokračování pracovní neschopnosti každých 37 dnů jejího trvání od prvního oznámení. Tento formulář, prosím, nejprve vyplňte v první části a pak jej předejte svému ošetřujícímu lékaři a požádejte ho o vyplnění druhé části. Následně ho zašlete na adresu ČSOB Pojišťovny uvedenou v záhlaví nebo elektronicky na info@csobpoj.cz.

Pokud tímto formulářem potvrzujete ukončení pracovní neschopnosti, přiložte k němu poslední lékařskou zprávu vztahující se k rozhodným diagnózám a doklad prokazující čerpání nemocenské (seznam dokladů je uveden v části 3, prvotního Oznámení pojistné události). Pojistné plnění za doloženou dobu trvání pracovní neschopnosti Vám bude vyplaceno v souladu s dispozicemi uvedenou v prvotním oznámení.

Část 1 Číslo pojistné události

Osobní údaje pojištěného (poškozeného v pracovní neschopnosti)

Jméno a příjmení	Rodné číslo
Korespondenční adresa (název ulice, číslo popisné, obec)	PSC

Osobní údaje zplnomocněné osoby – oznamovatele (je-li odlišný od pojištěného)

Jméno a příjmení	Rodné číslo
Korespondenční adresa (název ulice, číslo popisné, obec)	PSC

V dne

.....
 Podpis pojištěného

.....
 Podpis oznamovatele nebo zplnomocněné osoby
 (předkládá-li tiskopis)

Část 2 Zkrácená lékařská zpráva o průběhu pracovní neschopnosti

Datum prvního dne pracovní neschopnosti	Pracovní neschopnost dosud trvá? NE <input type="checkbox"/> ANO <input type="checkbox"/>	Pokud NE – datum posledního dne pracovní neschopnosti
Přehled jednotlivých diagnóz v průběhu pracovní neschopnosti, konečná diagnóza (připojte lékařské zprávy).		
Průběh a způsob léčby jednotlivých diagnóz, včetně rehabilitace.		
Datum poslední kontroly:		Datum příští plánované kontroly pokud pracovní neschopnost trvá:
Vycházky:	Od: Do:	Od: Do:
Byl poškozený hospitalizován od posledního hlášení? NE <input type="checkbox"/> ANO <input type="checkbox"/>		Pokud ANO – kdy, kde, z jakého důvodu, přiložte propouštěcí zprávu.
Byl porušen léčebný režim? NE <input type="checkbox"/> ANO <input type="checkbox"/>		

Poskytnutí údajů je v souladu se souhlasem pojištěného uvedeným v prohlášení na pojistné smlouvě. Zpráva je požadována za účelem šetření nutného ke zjištění rozsahu povinnosti pojistitele plnit, resp. za účelem objektivizace rozsahu nároků vyplývajících ze smluvního vztahu uzavřeného s pojištěným.

V dne

Razítko a podpis lékaře

CSOBPO6R0000000

