

POTVRZENÍ PRACOVNÍ NESCHOPNOSTI - PRODLOUŽENÍ TRVÁNÍ



MAXIMA pojišťovna, a.s. • Italská 1583/24, 120 00 Praha 2, ČR • email: lpu@maxima-as.cz • infolinka: +420 273 190 400
IČ: 61328464 • zapsaná v OR Městského soudu v Praze pod RgB 3314 (pojistitel)

Prezenční razítko

Formulář je možné vyplnit elektronicky. Vyplňte horní část tohoto formuláře slovy, dolní část předložte k vyplnění svému lékaři. Za vyplnění uhradíte jím účtovaný honorář, neboť jde o zdravotní výkon, který nesleduje léčebný účel a je proveden na Vaší žádost a ve Vašem osobním zájmu. Náklady spojené s vyplněním zprávy lékaře pojistitel nehradí. Tento formulář neslouží k prvotnímu hlášení pracovní neschopnosti, ale k oznámení jejího dalšího trvání.

Číslo pojistné smlouvy

Údaje o pojištěném

Jméno a příjmení

Rodné číslo

Adresa bydliště

Korespondenční adresa

E-mail

Telefonní kontakt

Zaměstnavatel

Zaměstnán jako

Nezaměstnán - od kdy

Pobíráte invalidní důchod pro invaliditu I., II. nebo III. stupně?

Požádal jste SSZ nebo je vedeno řízení za účelem přiznání inv. důchodu?

osvč

Druh podnikatelské činnosti

IČ, místo výkonu práce

ne

ano

od kdy?

ne

ano

LÉKAŘSKÁ ZPRÁVA

Informace pro lékaře:

Odměnu za vyplnění tohoto tiskopisu Vám uhradí pojištěný, příp. zákonný zástupce. Prosíme o čitelné vyplnění všech údajů a doložení kopií požadovaných dokumentů. Nestačí-li pro požadované údaje místo, uveďte je na samostatném listu jako přílohu.

Důvod pracovní neschopnosti

pracovní úraz

vliv alkoholu

úraz zaviněný jinou osobou

% tox. látek

sebepoškození

nemoc z povolání

ostatní

Neschopen práce od

hlavní diagnóza

ostatní diagnózy

slovy

Bylo vystaveno rozhodnutí o dočasné pracovní neschopnosti pro ČSSZ?

ano

ne

Důvod

Hospitalizace od

do

Úraz: Byla poraněná část těla postížena již před úrazem

ano

ne

Název nemocničního oddělení

Nemoc: Léčil se již pacient pro toto onemocnění dříve?

ano

ne

Kdy bylo onemocnění poprvé diagnostikováno?

Vycházky: ode dne, od - do (hodin)

Adresa pojištěného v době trvání PN, pokud není totožná s výše uvedenou adresou:

Změna vycházek: ode dne, od - do (hodin)

Podrobný průběh léčby, případné komplikace

Konečná diagnóza

Datum ošetření

Datum příští kontroly

Předpoklad trvání PN

Neschopen práce do

Odborný lékař v době léčby / jméno a adresa lékaře, kde je zdravotnická dokumentace vedena

Podepsáno v

Podpis pojištěného

Datum, razítko a podpis lékaře

Dne

Pokyny pro oznámení pojistné události z doplňkového pojištění pracovní neschopnosti.

Informace k vyplnění tiskopisu

- Při vzniku pracovní neschopnosti použijte tiskopis Oznámení onemocnění nebo Oznámení úrazu, který odešlete na adresu pojistitele.
- Upozorňujeme, že vznik pracovní neschopnosti je pojištěný povinen oznámit pojistiteli nejpozději ke dni, od kterého má být sjednaná denní dávka vyplácena. Tiskopis pojistitele nemůže být potvrzen manželem, rodičem, sourozencem nebo dítětem pojištěného.
- Vyplňte v příloženém tiskopisu Vaše osobní údaje včetně čísla pojistné smlouvy. Zajistěte, aby zbývající údaje vyplnil Váš ošetřující lékař.
- Zkontrolujte si prosím, zda lékař řádně vyplnil potřebné údaje včetně data první kontroly a potvrdil je razítkem a svým podpisem. První list Oznámení onemocnění nebo Oznámení úrazu, kterým hlásíte vznik pracovní neschopnosti, po vyplnění zašlete na adresu pojistitele.
- V případě pokračující pracovní neschopnosti si nechte svým ošetřujícím lékařem pravidelně, nejpozději vždy po 14 dnech, potvrdit trvání pracovní neschopnosti na dalším tiskopisu Potvrzení pracovní neschopnosti a obratem zašlete společně s kopiemi lékařských zpráv a nálezů o průběhu léčby na uvedenou adresu pojistitele. Dbejte, prosím, na pečlivé vyplnění všech požadovaných informací.
- Pokud některé údaje nebudou vyplněny, bude chybějící údaj považován za zápornou odpověď. Nehodící se údaje proškrtněte.

Ostatní informace

- Jestliže Vám bylo vystaveno rozhodnutí o dočasné pracovní neschopnosti pro správu sociálního zabezpečení, přiložte jeho kopii včetně kopie ukončení pracovní neschopnosti.
- V případě hospitalizace zašlete pojistiteli kopii propouštěcí zprávy.
- Při nedostatku místa použijte druhou stranu tiskopisu, případně přiložte zvláštní listy či kopie dokumentace.

Výňatek z pojistných podmínek pro připojištění pracovní neschopnosti.

Předmětem připojištění pracovní neschopnosti je snížení nebo ztráta pravidelných příjmů pojištěného v důsledku jeho dočasné pracovní neschopnosti, jejíž příčinou byla nemoc nebo úraz. V případě pojistné události poskytuje pojistitel od smluvně stanoveného dne pracovní neschopnosti smluvně stanovenou denní dávku kompenzující ztrátu pojištěného na jeho pravidelných příjmech.

Nastane-li pojistná událost, je pojištěný povinen:

- doručit bez zbytečného odkladu, nejpozději do 5-ti dnů od uplynutí karenční doby pojistiteli potvrzení ošetřujícího lékaře o vzniku PN. Potvrzení nemůže být vystaveno manželem, rodiči, sourozencem nebo dítětem pojištěného,
- doložit potvrzení o trvání pracovního poměru,
- zaslat při pokračování pracovní neschopnosti potvrzení ošetřujícího lékaře o trvání pracovní neschopnosti nejméně vždy po 2 týdnech,
- oznámit skončení PN do 5 dnů ode dne ukončení,
- umožnit pojistiteli kontrolu dodržování léčebného režimu. Není-li kontrola umožněna, má se za to, že léčebný režim nebyl dodržen.

Poruší-li pojištěný některou z povinností uvedených výše, je pojistitel oprávněn snížit pojistné plnění, příp. jej odmítnout.

Případné dotazy Vám rádi zodpovíme na telefonním čísle: 273 190 400.