

RIZIKOVÉ ŽIVOTNÍ POJIŠTĚNÍ MAXEFEKT

POTVRZENÍ PRACOVNÍ NESCHOPNOSTI

PRODLOUŽENÍ TRVÁNÍ



Formulář je možné vyplnit elektronicky.

Tento formulář neslouží k prvotnímu hlášení pracovní neschopnosti, ale k oznámení jejího dalšího trvání.

Informace pro lékaře:

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

Číslo pojistné smlouvy

Údaje o pojištěném

Jméno a příjmení

Rodné číslo

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

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

Podrobný průběh léčby, případné komplikace

Diagnóza

Datum ošetření

Datum příští kontroly

Předpoklad trvání PN

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

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

ano ne

od kdy?

V případě, že NE, požádal jste SSZ nebo je vedeno řízení za
účelem přiznání inv. důchodu?

ano ne

Datum a podpis lékaře