potvrzení pracovní neschopnosti

číslo

Tento formulář zašlete po vyplnění na výše uvedenou adresu nejpozději ke dni, od kterého Vám má být sjednaná denní dávka vyplacena.
V případě dlouhodobé pracovní neschopnosti si nechte svým ošetřujícím lékařem pravidelně po 14-ti dnech potvrdit trvání pracovní neschopnosti na dalším listu tohoto formuláře (část 3.) a zašlete jej na výše uvedenou adresu. Po ukončení pracovní neschopnosti zašlete vyplněný formulář včetně 4. části neprodleně na výše uvedenou adresu. **Zároveň přiložte doklad o výši čistých příjmů za poslední uzavřené zdaňovací období (pokud byla sjednána denní dávka vyšší než 100 Kč) a kopii dokladu o pracovní neschopnosti.** Náklady na vyplnění tohoto formuláře nese pojištěný.

ČÁST 1. - Vyplní pojištěný

Příjmení, jméno a titul pojištěného

Rodné číslo

Adresa pobytu při pracovní neschopnosti

Číslo pojistné smlouvy

☐ Zaměstnanec | Zaměstnán jako | Zaměstnavatel

☐ OSVČ | Druh podnikatelské činnosti | Nemocensky pojištěn ☐ ano ☐ ne

Pojistné plnění zašlete na účet (pokud nemáte účet, uveďte adresu, na kterou má být pojistné plnění zasláno)

[1] Pojištěný prohlašuje, že není na mateřské ani rodičovské dovolené, nezaměstnaný.
[2] Pojištěný souhlasí, aby si AXA životní pojišťovna a.s. vyžádala veškerou potřebnou dokumentaci související s jeho zdravotním stavem.

Místo a datum | Podpis pojištěného

ČÁST 2. - Vyplní lékař na počátku pracovní neschopnosti

Důvod pracovní neschopnosti: ☐ úraz pracovní ☐ úraz zaviněný jinou osobou ☐ sebepoškození ☐ ostatní úrazy ☐ nemoc z povolání ☐ ostatní nemoci

Podezření z vlivu alkoholu či jiných omamných látek ☐ ano ☐ ne

Neschopen práce od | Číslo dokladu o pracovní neschopnosti | Hospitalizace od do

Diagnóza podle WHO | Diagnóza slovy

Popis lékařského nálezu - detailně (RTG - datum a popis, atd.). V případě potřeby uveďte podrobnější údaje na zvláštní list.

Vycházky (časové rozmezí)	od	do	od	do
Změna vycházek ode dne	od	do	od	do

Léčil se již pacient pro toto onemocnění (popř. úraz) dříve? ☐ ano ☐ ne

Pokud ano, uveďte kdy (datum), kde a jak?

Datum, razítko a podpis lékaře

ČÁST 3. - Vyplní lékař při trvání pracovní neschopnosti

Datum ošetření či kontroly | Datum příští kontroly | Datum, razítko a podpis lékaře

Lékařský nález (změna dg., způsob rehabilitace, atd.)

Proběhlo jednání LPK ☐ ano ☐ ne
Pokud ano, uveďte závěry LPK

ČÁST 4. - Vyplní lékař při ukončení pracovní neschopnosti

Datum ukončení prac. neschopnosti | Schopen práce od | Byl porušen léčebný režim ☐ ano ☐ ne

Konečná diagnóza | Datum, razítko a podpis lékaře

1.L60.03 05/2008

OL

Kontaktní adresa: AXA životní pojišťovna a.s., Úzká 8/488, 602 00 Brno, Česká republika
Sídlo společnosti: AXA životní pojišťovna a.s., Lazarská 13/8, 120 00 Praha 2, Česká republika
AXA linka 14 292, volání ze zahraničí +420 292 292 292, fax +420 225 021 200, www.axa.cz
IČ 61 85 95 24, společnost je zapsána v obchodním rejstříku vedeném Městským soudem v Praze, oddíl B, vložka 2831

potvrzení pracovní neschopnosti

číslo

Tento formulář zašlete po vyplnění na výše uvedenou adresu nejpozději ke dni, od kterého Vám má být sjednaná denní dávka vyplacena.
V případě dlouhodobé pracovní neschopnosti si nechte svým ošetřujícím lékařem pravidelně po 14-ti dnech potvrdit trvání pracovní neschopnosti na dalším listu tohoto formuláře (část 3.) a zašlete jej na výše uvedenou adresu. Po ukončení pracovní neschopnosti zašlete vyplněný formulář včetně 4. části neprodleně na výše uvedenou adresu. **Zároveň přiložte doklad o výši čistých příjmů za poslední uzavřené zdaňovací období (pokud byla sjednána denní dávka vyšší než 100 Kč) a kopii dokladu o pracovní neschopnosti.** Náklady na vyplnění tohoto formuláře nese pojištěný.

ČÁST 1. - Vyplní pojištěný

Příjmení, jméno a titul pojištěného

Rodné číslo

Adresa pobytu při pracovní neschopnosti

Číslo pojistné smlouvy

☐ Zaměstnanec | Zaměstnán jako | Zaměstnavatel

☐ OSVČ | Druh podnikatelské činnosti | Nemocensky pojištěn ☐ ano ☐ ne

Pojistné plnění zašlete na účet (pokud nemáte účet, uveďte adresu, na kterou má být pojistné plnění zasláno)

[1] Pojištěný prohlašuje, že není na mateřské ani rodičovské dovolené, nezaměstnaný.
[2] Pojištěný souhlasí, aby si AXA životní pojišťovna a.s. vyžádala veškerou potřebnou dokumentaci související s jeho zdravotním stavem.

Místo a datum | Podpis pojištěného

ČÁST 2. - Vyplní lékař na počátku pracovní neschopnosti

Důvod pracovní neschopnosti: ☐ úraz pracovní ☐ úraz zaviněný jinou osobou ☐ sebepoškození ☐ ostatní úrazy ☐ nemoc z povolání ☐ ostatní nemoci

Podezření z vlivu alkoholu či jiných omamných látek ☐ ano ☐ ne

Neschopen práce od | Číslo dokladu o pracovní neschopnosti | Hospitalizace od do

Diagnóza podle WHO | Diagnóza slovy

Popis lékařského nálezu - detailně (RTG - datum a popis, atd.). V případě potřeby uveďte podrobnější údaje na zvláštní list.

Vycházky (časové rozmezí)	od	do	od	do
Změna vycházek ode dne	od	do	od	do

Léčil se již pacient pro toto onemocnění (popř. úraz) dříve? ☐ ano ☐ ne

Pokud ano, uveďte kdy (datum), kde a jak?

Datum, razítko a podpis lékaře

ČÁST 3. - Vyplní lékař při trvání pracovní neschopnosti

Datum ošetření či kontroly | Datum příští kontroly | Datum, razítko a podpis lékaře

Lékařský nález (změna dg., způsob rehabilitace, atd.)

Proběhlo jednání LPK ☐ ano ☐ ne
Pokud ano, uveďte závěry LPK

ČÁST 4. - Vyplní lékař při ukončení pracovní neschopnosti

Datum ukončení prac. neschopnosti | Schopen práce od | Byl porušen léčebný režim ☐ ano ☐ ne

Konečná diagnóza | Datum, razítko a podpis lékaře

1.L60.03 05/2008

LS

Kontaktní adresa: AXA životní pojišťovna a.s., Úzká 8/488, 602 00 Brno, Česká republika
Sídlo společnosti: AXA životní pojišťovna a.s., Lazarská 13/8, 120 00 Praha 2, Česká republika
AXA linka 14 292, volání ze zahraničí +420 292 292 292, fax +420 225 021 200, www.axa.cz
IČ 61 85 95 24, společnost je zapsána v obchodním rejstříku vedeném Městským soudem v Praze, oddíl B, vložka 2831