

OZNÁMENÍ ŠKODNÍ UDÁLOSTI: ÚRAZ – PRACOVNÍ NESCHOPNOST Z DŮVODU NEMOCI ČI ÚRAZU

Pokyny pro uplatnění nároku z pojištění pracovní neschopnosti z důvodu nemoci či úrazu:

1. Vyplňte, prosím, první dvě strany formuláře, třetí a čtvrtou stranu vyplní ošetřující lékař, který Vaši nemoc nebo úraz léčil a přiznal Vám pracovní neschopnost.
2. Jestliže je podle pojistné smlouvy (pojistných podmínek) podmínkou plnění vystavení dokladu pracovní neschopnosti, je třeba přiložit jeho fotokopii k tomuto hlášení.
3. Vyplněný formulář s případnými přílohami zašlete na adresu Allianz pojišťovna, a. s., Úsek likvidace pojistných událostí osob, Ke Štvanici 656/3, 186 00 Praha 8.

Přiložením fotokopii zdravotní dokumentace týkající se léčení nemoci nebo úrazu výrazně zkrátíte likvidační šetření.

ČÍSLO SMLOUVY

Uveďte čísla všech pojistných smluv, ze kterých za oznamovaný úraz uplatňujete nárok na pojistné plnění.

1. 2. 3.

POJIŠTĚNÝ

Jméno a příjmení

Rodné číslo

Adresa trvalého bydliště včetně PSČ

Kontaktní adresa pro tuto škodní událost

Telefon

E-mail

Preferovaný způsob zaslání notifikací: SMS E-mail

Pracujete převážně: manuálně duševně

K datu přiznání PN jste byl: zaměstnanec OSVČ

Pobíráte invalidní/starobní důchod? Ano Ne

Pokud jste zaměstnanec, uveďte:

Profese

Adresa zaměstnavatele / telefon

Trvá prac. poměr k datu přiznání PN? Ano Ne

Došlo k datu přiznání PN k právním úkonům směřujícím k jeho ukončení? Ano Ne

Pokud jste OSVČ, uveďte:

Předmět činnosti

Jste nemocensky pojištěn ve státním sociálním systému? Ano Ne

Jste registrován pro daň z příjmů fyzických osob? Ano Ne

Jste spolupracující osoba ve smyslu zákona o dani z příjmu? Ano Ne

PRACOVNÍ NESCHOPNOST Z DŮVODU NEMOCI I ÚRAZU

Následující část vyplňte v případě pracovní neschopnosti z důvodu nemoci i úrazu.

Datum, kdy jste v souvislosti s nemocí či úrazem, pro kterou nárokujete denní náhradu, poprvé navštívil lékaře

Stanovená diagnóza

Jméno lékaře, který stanovil diagnózu

Adresa lékaře, který stanovil diagnózu

Jméno lékaře, který vystavil doklad o PN

Adresa lékaře, který vystavil doklad o PN

Datum vystavení dokladu o PN

Kde jste se pro úraz či nemoc léčil a budete léčit:

Jméno	Adresa	Odbornost	Telefon
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Léčil jste se pro uvedené onemocnění v minulosti? Pokud ano, uveďte kdy a kde.

Na které adrese se v době pracovní neschopnosti zdržujete?

Máte stanoveny lékařem vycházky? Pokud ano, uveďte přesně dny a hodiny.

Jste pojištěn u jiné pojišťovny pro ušlý výdělek za dobu pracovní neschopnosti? U které a na jakou denní náhradu?

Jste úrazově pojištěn i u jiných komerčních pojišťoven? Ano Ne

Pokud ano, u kterých?

Obdržel jste nebo obdržíte další náhradu mzdy za dobu trvání pracovní neschopnosti z důvodu nemoci či úrazu (nemoc z povolání, pracovní úraz a podobně)? Pokud ano, uveďte od koho, v jaké výši a za jaké období.

PRACOVNÍ NESCHOPNOST VÝLUČNĚ Z DŮVODU ÚRAZU

Následující část vyplňte pouze v případě pracovní neschopnosti přiznané výlučně z důvodu úrazu

K úrazu došlo: datum hodina místo

Popište, prosím, souvisle a podrobně jak k úrazu došlo.

Jste: pravák levák

Která část těla byla poraněna?

Byla tato část těla postižena či léčena již před úrazem? Ano Ne

Uveďte jména a adresy případných svědků úrazu.

Vyšetřovala úraz Policie České republiky? Pokud ano, uveďte přesnou adresu útvaru Policie, jméno policisty a telefon.

Jste registrovaný sportovec?

Pokud ano, uveďte ve kterém sportu a v jaké soutěži

ČÍSLO ÚČTU PRO ZASLÁNÍ PLNĚNÍ

Plnění poukažte na účet: číslo účtu / kód banky

PROHLÁŠENÍ A SOUHLASY

Prohlašuji, že všechny údaje uvedené v tomto oznámení nebo v informaci lékařům o mé nemoci či úrazu jsem uvedl/a úplně a pravdivě a že jsem si vědom/a důsledků nepravdivých nebo neúplných údajů. Souhlasím s tím, aby pojistitel zjišťoval a přezkoumával můj fyzický i psychický zdravotní stav u všech lékařů a zdravotnických zařízení, u kterých jsem se léčil/a, léčím nebo se budu léčit. Tento souhlas udělují za účelem vyřizování pojistných událostí s tím, že zmocňuji lékaře a zdravotnická zařízení k vyhotovení lékařských zpráv, provedení výpisu ze zdravotnické dokumentace nebo k jejímu zapůjčení pojistiteli, a proto zprošťuji povinnosti mlčenlivosti dotazované lékaře a pracovníky zdravotnických zařízení.

Souhlasím též s tím, aby si pojistitel vyžádal kopii dokladu o pracovní neschopnosti a jiné informace nezbytné ke stanovení rozsahu pojistného plnění (od zaměstnavatele, správy sociálního zabezpečení, Policie ČR, obecní policie, soudu, obecního a městského úřadu apod.). Beru na vědomí, že pojistitel je z hlediska zákona č. 101/2000 Sb., o ochraně osobních údajů, v platném znění, správcem a zpracovatelem osobních údajů, včetně osobních údajů o mém zdravotním stavu. Souhlasím s tím, aby pojistitel tyto údaje o zdravotním stavu zpracovával po celou dobu trvání nároků z tohoto pojištění.

POMOZTE NÁM BÝT LEPŠÍMI

Pomozte nám zlepšovat zákaznickou spokojenost, a to nejen Vaši, ale i ostatních zákazníků. Na základě našeho oprávněného zájmu na zlepšování procesu likvidace si vyhrazujeme právo Vás kontaktovat ohledně Vaší zkušenosti s likvidací škody. Rádi bychom Vás informovali, že Vaše hodnocení může být anonymně zobrazeno na webových stránkách Allianz pojišťovny. Hodnocení obsahující jakékoliv osobní údaje, vulgarismy a texty, které by mohly urážet ostatní, mohou být upraveny. Chceme Vás informovat, že máte právo kdykoliv vznést námitku proti zpracování osobních údajů pro výše uvedené účely, které se Vás týkají. Podrobné informace týkající se zpracování dat naleznete na www.allianz.cz/ochrana-udaju.

Místo podpisu

Datum podpisu

Podpis pojištěného / zákonného zástupce

LÉKAŘSKÁ ZPRÁVA A DOKLAD O PRACOVNÍ NESCHOPNOSTI



Ošetřující lékař potvrzuje, že ošetřoval pojištěného a ze záznamů zdravotní dokumentace a dalších evidencí uvádí následující.

V případě nedostatku místa napište odpovědi na dotazy na zvláštní list či zašlete kopii předmětné zdravotní dokumentace.

ÚDAJE O POJIŠTĚNÉM, VZNIK A DIAGNÓZA

Jméno a příjmení pojištěného

Rodné číslo

Kdy došlo k prvnímu lékařskému ošetření pro uvedenou nemoc nebo úraz?

Datum vzniku PN

Datum

Čas

Jaká byla stanovena první diagnóza? Uveďte slovně i označením podle Mezinárodní klasifikace nemocí (MKN 10).

Změna diagnózy

Změna diagnózy

Ode dne

Ode dne

Odpovídá v případě úrazu tělesné poškození a jeho rozsah úrazovému ději, jak je uvedeno na 1. či 2. str. oznámení?

Ano

Ne

VYŠETŘENÍ, LÉČBA, REHABILITACE

Uveďte, prosím, RTG nález včetně jeho popisu.

Popište, prosím, podrobně způsob a druh léčení (názvy a dávkování léků, druh aplikace léků, druh podpůrné léčby, u rehabilitace udejte druh léčby).

V případě úrazu, byla poraněná končetina nebo orgán již před tímto úrazem postižen/a? Uveďte, v jakém rozsahu.

Rehabilitace

Od

Do

DŘÍVĚJŠÍ ONEMOCNĚNÍ, KOMPLIKACE, HOSPITALIZACE

Byl pacient pro stejné onemocnění léčen již v minulosti? Uveďte, kdy vznikly první obtíže, kdy a kde se léčil.

Je průběh onemocnění či léčení úrazu komplikován? Pokud ano, uveďte druh komplikace.

Byl pojištěný v souvislosti se současným onemocněním hospitalizován? Pokud ano, uveďte kdy a jak dlouho, adresu nemocničního zařízení, jméno ošetřujícího lékaře a jeho telefon.

OKOLNOSTI ÚRAZU

Došlo k úrazu následkem požití alkoholu nebo návykových látek?

Ano

Ne

V případě návykové látky – o jaký druh pravděpodobně šlo?

Pokud ano, uveďte do jaké míry to mělo vliv na vznik onemocnění a trvání pracovní neschopnosti.

V případě alkoholu:

v krvi bylo zjištěno: ‰ alkoholu

v moči zjištěno: ‰ alkoholu

Uveďte příznaky do jaké míry požitý alkohol / návyková látka ovlivnila chování poraněného.

PRACOVNÍ NESCHOPNOST

Byly v případě trvání pracovní neschopnosti stanoveny vycházky? Pokud ano, uveďte, ve které dny a hodiny.

Je pacientem dodržován léčebný režim? Pokud ne, uveďte, jak byl porušen.

Na kdy je stanovena následující kontrola u ošetřujícího lékaře?

Předpokládáte, že úraz zanechá trvalé následky?

Ano Ne

Pokud ano, uveďte rozsah.

DOKLAD O PRACOVNÍ NESCHOPNOSTI U OSOB NEMOCENSKY POJIŠTĚNÝCH

Vyplňte u všech pojištěných osob, které jsou nemocensky pojištěny.

Den vystavení dokladu o pracovní neschopnosti

Předpokládaný konec pracovní neschopnosti, pokud stále trvá

Číslo dokladu PN

Doklad o PN byl zaslán na správu sociálního zabezpečení na adrese

PN trvala:

Od

Do

DOKLAD O PRACOVNÍ NESCHOPNOSTI PRO POJIŠTĚVNU ALLIANZ U OSOB NEMOCENSKY NEPOJIŠTĚNÝCH

Vyplňte pouze u osob samostatně výdělečně činných, které nejsou nemocensky pojištěny.

Potvrzuji, že na základě výše uvedené lékařské zprávy nedovoluje (nedovoloval) pojištěnému jeho zdravotní stav pro výše uvedenou nemoc nebo úraz vykonávat jeho dosavadní samostatnou výdělečnou činnost.

PN trvala:

Od

Do

Předpokládaný konec pracovní neschopnosti, pokud stále trvá

OŠETŘUJÍCÍ LÉKAŘ

Jméno a příjmení /
název firmy

Telefon

Adresa

E-mail

Místo podpisu

Datum podpisu

Razítko a podpis ošetřujícího lékaře