ČSOB Pojišťovna

ČSOB Pojišťovna, a. s., člen holdingu ČSOB
Masarykovo náměstí 1458, Zelené Předměstí
530 02 Pardubice, Česká republika
tel.: **466 100 777**, fax: 467 007 444
www.csobpoj.cz, e-mail: **PU-zivot@csobpoj.cz**

1 milion klientů **pod naší ochranou**

Životní pojištění

Lékařská zpráva

Pracovní neschopnost

Číslo pojistné události

Osobní údaje pojištěného

Jméno a příjmení	Rodné číslo

Údaje o pracovní neschopnosti

Datum vzniku úrazu nebo nemoci vedoucí k pracovní neschopnosti:

Datum prvního dne pracovní neschopnosti:	Pracovní neschopnost dosud trvá? ☐ **NE** ☐ **ANO** (Pokud NE, uveďte datum posledního dne.)

Důvod pracovní neschopnosti, rozhodná příčina a DG (dle MKN) vedoucí k pracovní neschopnosti.

Číslo DG	

V případě léčení více diagnóz v rámci jedné pracovní neschopnosti uveďte výčet DG včetně konečné DG a délku léčení pro jednotlivé DG.

Číslo DG	od	do	Průběh a způsob léčby jednotlivých DG včetně rehabilitace.

V případě gravidity uveďte týden těhotenství k datu vzniku pojistné události.	Byl pojištěný v minulosti pro stejnou příčinu léčen? Pokud ANO, uveďte kdy (od-do).	Byl pojištěný v minulosti pro stejnou DG v pracovní neschopnosti? Pokud ANO, uveďte kdy (od-do).

Datum poslední kontroly:	Datum příští plánované kontroly pokud pracovní neschopnost trvá:

Vycházky: ☐ **NE** ☐ **ANO**	od	do	od	do

Byl pojištěný hospitalizován? ☐ **NE** ☐ **ANO** Pokud ANO, uveďte kdy, kde a z jakého důvodu. Přiložte propouštěcí zprávu.

Byl porušen léčebný režim? ☐ **NE** ☐ **ANO**

Prohlášení

Potvrzuji, že se údaje v lékařské zprávě týkají pojištěného uvedeného v tiskopisu.
Prohlašuji, že všechny mé odpovědi na písemně položené dotazy pojistitele uvedené v tomto tiskopisu jsou pravdivé a úplné.

V ..... dne ....
Razítko a podpis lékaře

CSOBPOCE00000000

11 Z 2928