

Oznámení vzniku dočasné pracovní neschopnosti

- POKYNY K VYPLNĚNÍ -

Vytiskněte všechny strany formuláře.

- Tento formulář vyplní pojištěná osoba.
- Vyplněný formulář a kopii lékařem vystaveného dokladu o dočasné pracovní neschopnosti pro účely ČSSZ zašlete nejpozději do 15. nebo 29. dne trvání dočasné pracovní neschopnosti (do konce sjednané karenční doby) na pobočku pojišťovny.
- K vyplněnému formuláři přiložte kopie lékařských zpráv (v případě hospitalizace také kopii propouštěcí zprávy).
- V případě pracovní neschopnosti vyšetřované policií přiložte kopii policejní zprávy.

Potvrzení dočasné pracovní neschopnosti

- Formulář Potvrzení dočasné pracovní neschopnosti zašlete po jeho vyplnění a potvrzení Vaším ošetřujícím lékařem nejpozději do 15. nebo 29. dne trvání dočasné pracovní neschopnosti na pobočku pojišťovny.
- Formulář Potvrzení trvání dočasné pracovní neschopnosti si nechte Vaším ošetřujícím lékařem pravidelně každé 2 týdny (dle lékařem předepsaných kontrol) potvrdit dobu trvání dočasné pracovní neschopnosti, přičemž kopii potvrzení zašlete nejpozději do 14 dnů od posledního potvrzení na pobočku pojišťovny.
- Nejpozději do 5 dnů po ukončení pracovní neschopnosti zašlete prosím originály formulářů, spolu s kopií dokladu o ukončení dočasné pracovní neschopnosti.

Potvrzení o příjmech

- Pokud bylo sjednáno denní odškodné vyšší než 250 Kč nebo v případě vyžádání pojišťovnou, je nutné doložit u:
 - zaměstnance: potvrzení od zaměstnavatele o příjmech
 - OSVČ: daňové priznání za předešlé daňové období související s její samostatnou výdělečnou činností.

Pro účely likvidačního řízení mohou být pojišťovnou vyžádány další podklady.

Veškeré podklady zašlete prosím na adresu společnosti:

Basler Sachversicherungs-AG, pobočka pro Českou republiku, Paříkova 910/11a, 190 00 Praha 9 – Vysočany

V případě jakýchkoliv dotazů nás kontaktujte na infolince: **+420 800 700 088** nebo e-mailem: **service@baslerpojistovna.cz**.

Oznámení vzniku dočasné pracovní neschopnosti

Informace pro pojištěnou osobu:

1. Tento formulář vyplní pojištěná osoba.
2. Přiložte kopii dokladu o vystavení pracovní neschopnosti pro Českou správu sociálního zabezpečení.
3. Vyplněním tohoto formuláře nevzniká automaticky nárok na pojistné plnění.
4. Tiskopis zašlete nejpozději do 15. nebo 29. dne trvání pracovní neschopnosti (v závislosti na sjednání v pojistné smlouvě) na adresu společnosti:
Basler Sachversicherungs-AG, pobočka pro Českou republiku, Paříkova 910/11a, 190 00 Praha 9 - Vysočany.

ČÍSLO POJISTNÉ SMLOUVY:

ÚDAJE O POJIŠTĚNÉ OSOBĚ

Jméno a příjmení pojištěné osoby: Kontakt:

Rodné číslo: E-mail:

Adresa pobytu během trvání pracovní neschopnosti:

Zaměstnanec: název a adresa zaměstnavatele:

Zaměstnán/a jako: Povolání od (měsíc/rok):

OSVČ vyplní: Druh podnikatelské činnosti: Místo výkonu práce:

OSVČ s nemocenským pojištěním

OSVČ bez nemocenského pojištění

Nezaměstnaný: – od kdy (přesné datum):

Vznikl Vám nárok na nemocenské dávky z nemocenského pojištění od ČSSZ? ano ne

Vznikla Vám ztráta na výdělků? ano ne

Pobíráte invalidní (plný, částečný) nebo starobní důchod na základě pravomocného rozhodnutí příslušného orgánu sociálního zabezpečení?
Pokud ano, uveďte od kdy: ano ne

Jste v současné době na mateřské / rodičovské dovolené?
Pokud ano, uveďte od kdy: ano ne

Vykonával/a jste po dobu své pracovní neschopnosti jakékoliv zaměstnání?
Pokud ano, uveďte od kdy a podrobnosti: ano ne

ÚDAJE K DOČASNÉ PRACOVNÍ NESCHOPNOSTI

Datum prvního dne pracovní neschopnosti: od:

Jméno a adresa lékaře, který Vám vystavil potvrzení o pracovní neschopnosti:

Jméno a adresa Vašeho současného praktického lékaře:

Jaká diagnóza byla stanovena?

Kdy jste poprvé v souvislosti s touto diagnózou, ze které nárokujete pojistné plnění, navštívil/a lékaře?

Měl/a jste v minulosti stejné nebo podobné potíže v souvislosti s uvedenou nemocí?
Pokud ano, uveďte podrobnosti: ano ne

NÁSLEDUJÍCÍ ÚDAJE VYPLŇTE JEN V PŘÍPADĚ DOČASNÉ PRACOVNÍ NESCHOPNOSTI Z DŮVODU ÚRAZU

Kdy došlo k úrazu? datum/hodina: místo:

Podrobný popis úrazového děje:
Popis okolností vzniku úrazu, činnost, při které došlo k úrazu, zdroj, který byl příčinou úrazu.

Kdy a kde bylo provedeno první ošetření?
Uveďte datum, čas, zdravotnické zařízení, adresu a jméno lékaře:

Jaká zranění jste následkem úrazu utrpěl/a?

Druh úrazu: úraz ve volném čase pracovní úraz ostatní

| | |
|--|--|
| Byla poraněná část těla postižena již před úrazem? <i>Pokud ano, uveďte podrobnosti:</i> | <input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne |
| Vyšetřovala úraz policie? <i>Pokud ano, uveďte adresu policie a číslo spisu, pod kterým je nehoda registrována:</i> | <input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne |
| Žádáte nebo jste žádala o výplatu pojistného plnění u jiné pojišťovny v souvislosti s uvedenou pracovní neschopností? <i>Pokud ano, uveďte podrobnosti:</i> | <input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne |

POKYNY POJIŠTĚNÉ OSOBY K VÝPLATĚ POJISTNÉHO PLNĚNÍ
Pojistné plnění poukažte na číslo účtu:
Kód banky:

Prohlašuji, že jsem odpověděl/a pravdivě a úplně a uvedené údaje odpovídají skutečностям. Jsem si vědom/a toho, že nepravdivé nebo neúplné údaje v tomto oznámení mohou vést ke ztrátě pojistné ochrany a k velkým postihům, dokonce i když pojistitel kvůli těmto informacím nevznikne žádná škoda. Za správnost údajů jsem zodpovědný/á, i pokud toto oznámení vyplnila třetí osoba (např. manžel/ka, zprostředkovatel).

Jsem si vědom/a toho, že pojistitel k posouzení nároku prověří pravdivost mých údajů, které jsem zaslal/a písemnou formou, také údaje, které na můj vlastní podnět realizovala nemocnice, resp. jiný léčebný ústav nebo zdravotnické zařízení. Souhlasím, aby pojišťovna zjišťovala můj (nezletilého pojištěného) zdravotní stav. Tímto zbavuji mlčenlivosti všechny lékaře a opravňuji je, aby poskytli pojišťovně informace, zdravotnickou dokumentaci týkající se léčby úrazu, onemocnění, resp. zdravotního stavu. Současně zmocňuji pojišťovnu, aby se za účelem došetřování pojistné události, zdravotního stavu nebo za účelem přezkoumávání oznámených údajů a zjištěných dalších okolností spojila s jinými pojišťovnami a dalšími veřejnoprávními a soukromoprávními subjekty a souhlasím, aby tyto instituce poskytly pojišťovně požadované informace.

Pojištěný tímto dává lékařům výslovný písemný souhlas s poskytnutím údajů o jeho zdravotním stavu pojišťovně Basler Sachversicherungs-AG.

V dne

Podpis pojištěného, resp. jeho zákonného zástupce

Potvrzení o příjmech

Informace pro pojištěnou osobu:

- Tento formulář vyplní pojištěná osoba, pokud je sjednané denní odškodné vyšší než 250 Kč nebo na vyžádání pojišťovnou i v případě, že je sjednané denní odškodné nižší než 250 Kč.
- Zaměstnanec si nechá potvrdit hrubý měsíční příjem zaměstnavatelem a předloží jej pojišťovně s formulářem Oznámení vzniku pracovní neschopnosti.
- OSVČ předkládá tento tiskopis spolu s daňovým přiznáním za předešlé daňové období související s její samostatnou výdělečnou činností.
- Vyplněné formuláře zašlete spolu s Oznámením vzniku dočasné pracovní neschopnosti na adresu:
Basler Sachversicherungs-AG, pobočka pro Českou republiku, Paříkova 910/11a, 190 00 Praha 9 - Vysocany.

POTVRZENÍ ZAMĚSTNAVATELE O HRUBÉM MĚSÍČNÍM PŘÍJMU (VYPLNÍ MZDOVÁ ÚČTÁRNA)

| | |
|---|---|
| Název zaměstnavatele – obchodní jméno: | |
| IČ: | |
| Adresa zaměstnavatele: | |
| ☎ Kontakt na zaměstnavatele: | |
| Potvrzujeme, že zaměstnanec pan/paní, rodné číslo:, pobíral/a za období posledních 12 měsíců hrubý měsíční příjem ve výši Kč. | |
| Dále potvrzujeme, že: | |
| je u nás zaměstnán/a od: | |
| je práce neschopen/neschopna ode dne: | |
| je ve funkci na dobu: | <input type="checkbox"/> určitou <input type="checkbox"/> neurčitou |
| Pobíral/a během pracovní neschopnosti jiné dávky než nemocenské? | <input type="checkbox"/> sociální dávky <input type="checkbox"/> finanční vyrovnání za ušlou mzdu <input type="checkbox"/> odškodnění za pracovní úraz <input type="checkbox"/> jiné |
| <i>Pokud ano, uveďte částku v Kč:</i> | |

Podpis osoby, která je jménem zaměstnavatele oprávněna toto potvrzení vystavit

Razítko zaměstnavatele

Současně potvrzujeme, že zaměstnanec nemá ukončený trvalý pracovní poměr a není ve výpovědní lhůtě.

Zpráva ošetřujícího lékaře - Potvrzení dočasné pracovní neschopnosti

Informace pro lékaře: Poskytnutí údajů je v souladu se souhlasem pojištěné osoby (viz první strana). Prosíme Vás o přesné a úplné vyplnění všech otázek. V případě, že Vám pojištěná osoba za vyplnění tohoto formuláře platí poplatek, dovolujeme si Vás požádat o vystavení originálu příjmového pokladního dokladu.

| | |
|---------------------------|--------------|
| Jméno a příjmení klienta: | Rodné číslo: |
|---------------------------|--------------|

VYPLŇTE V PŘÍPADĚ NEMOCI ČI ÚRAZU

| | | | |
|--|--|---|---|
| Práce neschopen/neschopna od: | | | |
| Důvod dočasné pracovní neschopnosti: | <input type="checkbox"/> pracovní úraz | <input type="checkbox"/> úraz ve volném čase | <input type="checkbox"/> ostatní úrazy |
| | <input type="checkbox"/> sebepoškození | <input type="checkbox"/> chronické onemocnění | <input type="checkbox"/> ostatní onemocnění |
| Uveďte číslo Potvrzení dočasné pracovní neschopnosti a datum jejího vystavení: <i>Pokud nebylo vystaveno potvrzení o dočasné pracovní neschopnosti, uveďte důvod:</i> | | | |
| Uveďte přesnou diagnózu, pro kterou byla vystavena pracovní neschopnost: | hlavní diagnóza: | | ostatní diagnózy: |
| Byl pojištěný již v minulosti vyšetřován a/nebo léčen pro stejné a/nebo podobné potíže? Resp. bylo pojištěnému již v minulosti diagnostikováno toto onemocnění? <i>Pokud ano, uveďte podrobnosti:</i> | <input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne | | |
| Došlo v průběhu pracovní neschopnosti k jiným zdravotním obtížím nebo komplikacím? <i>Pokud ano, uveďte podrobnosti:</i> | <input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne | | |

VYPLŇTE POUZE V PŘÍPADĚ ÚRAZU

| | | |
|---|--|--------|
| Kdy došlo k úrazu: | datum/hodina: | místo: |
| Co uvedl pojištěný jako příčinu úrazu? | | |
| Uveďte slovní diagnózu všech tělesných poškození způsobené úrazem (pokud možno i kód diagnózy podle MKN-10): | | |
| Byla úrazem postižená část těla již dříve poškozena jiným úrazem nebo nějakým onemocněním? <i>Pokud ano, uveďte podrobnosti:</i> | <input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne | |
| Lze předpokládat, že úraz zanechá trvalé následky? <i>Pokud ano, uveďte podrobnosti:</i> | <input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne | |

Přiložte fotokopie případných odborných vyšetření, která pojištěný absolvoval v souvislosti s uvedenou pracovní neschopností.

V případě požadavků posudkového lékaře pojišťovny Basler Sachversicherungs-AG vyslovuji souhlas ke spolupráci. Čestně prohlašuji, že jsem odpovědě(a) pravdivě a úplně na všechny otázky a jsem si vědom(a) důsledků nepravdivých odpovědí.

V dne:

.....
Razítko a podpis ošetřujícího lékaře + 📞 kontakt

Potvrzení trvání dočasné pracovní neschopnosti

Jméno a příjmení klienta:

Rodné číslo:

Datum ošetření:..... Datum příští kontroly:..... Předpokládaný konec PN:..... Práceschopný od: **Podrobný průběh léčby, případné komplikace nebo změna diagnózy v průběhu léčení:**


V případě požadavků posudkového lékaře pojišťovny Basler Sachversicherungs-AG vyslovuji souhlas ke spolupráci. Čestně prohlašuji, že jsem odpověděl(a) pravdivě a úplně na všechny otázky a jsem si vědom(a) důsledků nepravdivých odpovědí.

V.....dne.....

Razítko a podpis ošetřujícího lékaře +  kontaktDatum ošetření:..... Datum příští kontroly:..... Předpokládaný konec PN:..... Práceschopný od: **Podrobný průběh léčby, případné komplikace nebo změna diagnózy v průběhu léčení:**


V případě požadavků posudkového lékaře pojišťovny Basler Sachversicherungs-AG vyslovuji souhlas ke spolupráci. Čestně prohlašuji, že jsem odpověděl(a) pravdivě a úplně na všechny otázky a jsem si vědom(a) důsledků nepravdivých odpovědí.

V.....dne.....

Razítko a podpis ošetřujícího lékaře +  kontaktDatum ošetření:..... Datum příští kontroly:..... Předpokládaný konec PN:..... Práceschopný od: **Podrobný průběh léčby, případné komplikace nebo změna diagnózy v průběhu léčení:**


V případě požadavků posudkového lékaře pojišťovny Basler Sachversicherungs-AG vyslovuji souhlas ke spolupráci. Čestně prohlašuji, že jsem odpověděl(a) pravdivě a úplně na všechny otázky a jsem si vědom(a) důsledků nepravdivých odpovědí.

V.....dne.....

Razítko a podpis ošetřujícího lékaře +  kontaktDatum ošetření:..... Datum příští kontroly:..... Předpokládaný konec PN:..... Práceschopný od: **Podrobný průběh léčby, případné komplikace nebo změna diagnózy v průběhu léčení:**


V případě požadavků posudkového lékaře pojišťovny Basler Sachversicherungs-AG vyslovuji souhlas ke spolupráci. Čestně prohlašuji, že jsem odpověděl(a) pravdivě a úplně na všechny otázky a jsem si vědom(a) důsledků nepravdivých odpovědí.

V.....dne.....

Razítko a podpis ošetřujícího lékaře +  kontaktDatum ošetření:..... Datum příští kontroly:..... Předpokládaný konec PN:..... Práceschopný od: **Podrobný průběh léčby, případné komplikace nebo změna diagnózy v průběhu léčení:**

V případě požadavků posudkového lékaře pojišťovny Basler Sachversicherungs-AG vyslovuji souhlas ke spolupráci. Čestně prohlašuji, že jsem odpověděl(a) pravdivě a úplně na všechny otázky a jsem si vědom(a) důsledků nepravdivých odpovědí.

V.....dne.....

Razítko a podpis ošetřujícího lékaře +  kontakt