



HLÁŠENÍ A POTVRZENÍ PRACOVNÍ NESCHOPNOSTI

Toto potvrzení pracovní neschopnosti odešlete Hasičské vzájemné pojišťovně, a.s., (dále jen „HVP, a.s.“) na adresu:
Hasičská vzájemná pojišťovna, a.s., Římská 45, 120 00 Praha 2

Postup při vyplňování tohoto formuláře a jeho odesílání

První hlášení pracovní neschopnosti vyplněné a potvrzené ošetřujícím lékařem zašle pojištěný neprodleně na adresu HVP, a.s. tak, aby bylo doručeno **nejpozději do 29. dne trvání pracovní neschopnosti**, jinak může HVP, a.s. výplatu denního odškodného do dne nahlášení zamítnout.

Při pracovní neschopnosti dlouhodobějšího charakteru, je nutno nechat si potvrdit ošetřujícím lékařem každých 14 dní její další trvání **v části C** (důležitým údajem je **datum vystavení potvrzení o dalším trvání PN**). Hlášení musí být odesíláno průběžně.

Ukončení pracovní neschopnosti si nechá pojištěný potvrdit ošetřujícím lékařem **v části D**.

Případné náklady na vystavení potvrzení nese pojištěný.

HVP, a.s. prostřednictvím pověřených pracovníků kontroluje dodržování léčebného režimu. V případě zjištění, že v době, kdy nemáte lékařem povolené vycházky, se nezdržujete na adrese bydliště, popřípadě budete zastiženi na pracovišti, je HVP, a.s. oprávněna pojistné plnění snížit či odmítnout.

A) Vyplní pojištěný:

Jméno a příjmení:	Adresa bydliště:
Rodné číslo:	☐ Zaměstnanec, zaměstnán jako:
Číslo poj. smlouvy:	☐ OS VČ (osoba samostatně výdělečně činná), druh podnikatelské činnosti:

Prohlášení:

V souladu s pojistnou smlouvou a pojistnými podmínkami prohlašuji, že souhlasím, aby HVP, a.s. zpracovávala údaje vypovídající o mém zdravotním stavu ve smyslu § 9 zákona č. 101/2000 Sb. pro účely likvidace pojistné události, po dobu trvání práv nebo povinností vyplývajících z pojistné smlouvy. Svým podpisem zprošťuji od povinnosti zachovávat mlčenlivost lékaře, zdravotnická zařízení a zařízení poskytujících zdravotní péči a zmocňuji je k poskytování informací, o které je HVP, a.s. požádá.

.....
místo a datum podpisu

.....
podpis pojištěného

B) Vyplní lékař:

Neschopen práce od:	Diagnóza ICD:
Úraz: - pracovní ☐ - při dopravní nehodě ☐ - zaviněný jinou osobou ☐ - ostatní ☐ Nemoc z povolání ☐ Podezření z vlivu alkoholu ne ☐ ano ☐	slovy: Léčil se pacient již dříve pro toto onemocnění? ne ☐ ano ☐ Hospitalizace: ne ☐ ano ☐ od: do: Vycházky: ne ☐ ano ☐ od: do: od: do:
Datum vystavení:	Datum další kontroly:
Razítko a podpis lékaře:	

C) Potvrzení o dalším trvání pracovní neschopnosti

Pracovní neschopnost trvá: ne ☐ ano ☐	Hospitalizace: ne ☐ ano ☐	od: do:
Eventuelní změny - diagnózy (ICD):		
- vycházky: ne ☐ ano ☐ od: do: od: do:		
Datum vystavení:	Datum další kontroly:	Razítko a podpis lékaře:

D) Konečné potvrzení o ukončení pracovní neschopnosti

Schopen od:	Konečná diagnóza:
Datum vystavení:	Razítko a podpis lékaře: