

Jméno a příjmení pojištěnce:

Číslo smlouvy:

**FORMULÁŘ O PRACOVNÍ NESCHOPNOSTI
PŘED PŘISTOUPENÍM K POJISTNÉ SMLOUVĚ**

(24 měsíců před přistoupením ke smlouvě)

Vyplní: **zaměstnavatel** (nebo zaměstnavatel daného období) nebo **pojišťovna** nebo **Česká správa sociálního zabezpečení** nebo **praktický lékař**

Název příslušné instituce:

Jméno, příjmení a funkce zaměstnance, který potvrzení vystavil:

Potvrzujeme, že pan, paní, slečna:

v období (24 měsíců před přistoupením ke smlouvě) od do

byl(a) v pracovní neschopnosti

Od do

Od do

Od do

Od do

Od do

Od do

Pokud se jedná o mateřskou dovolenou, upřesněte, od kdy do kdy trvala:

Od do

Od do

nebyl(a) v pracovní neschopnosti

Vystaveno v dne

Podpis pojištěnce..... Razítko a podpis příslušné instituce