

Obchodné meno, sídlo, právna forma a registrácia Poistovne:
AEGON Životná poisťovňa, a.s., Slávičie údolie 106, 811 02 Bratislava,
Slovenská republika, IČO: 35 979 356, DIČ: 2022134345, Zapísaná
v Obchodnom registri Okresného súdu Bratislava I, Oddiel: Sa,
Vložka číslo: 3810/B, (ďalej len „Poistovňa“)
IBAN: SK9011000000002626726777, BIC: TATRSKBX

Číslo poistnej zmluvy:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Poistený

Meno:	Priezvisko:	Rodné číslo:
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Potvrdenie ošetrojúceho lekára o pracovnej neschopnosti

Ošetrojúci lekár MUDr.:

Názov a adresa zdravotného zariadenia:

PSČ:	Tel. číslo:	E-mail:
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Potvrdzujem pracovnú neschopnosť poisteného z dôvodu liečenia choroby alebo úrazu, ktorá trvala:

Od:	Do:	Číslo PN:
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

vrátane

Diagnóza, resp. všetky diagnózy (pre PN uviesť všetky diagnózy jednotlivo a zároveň vyznačiť diagnózy, ktoré spolu súvisia):

1. Dg.	<input type="text"/>	PN	Od	<input type="text"/>	Do	<input type="text"/>
2. Dg.	<input type="text"/>	PN	Od	<input type="text"/>	Do	<input type="text"/>
3. Dg.	<input type="text"/>	PN	Od	<input type="text"/>	Do	<input type="text"/>
4. Dg.	<input type="text"/>	PN	Od	<input type="text"/>	Do	<input type="text"/>
5. Dg.	<input type="text"/>	PN	Od	<input type="text"/>	Do	<input type="text"/>

Liečil sa poistený alebo mu bolo poskytnuté ošetrenie, vyšetrenie, príp. poradenstvo na vyššie uvedené ochorenia/ ochorenie v minulosti?

Prosíme rozpísať za každú diagnózu jednotlivo a zároveň vyznačiť diagnózy, ktoré spolu súvisia:

ÁNO	1. Dg.	<input type="text"/>	PN	Od	<input type="text"/>	Do	<input type="text"/>
ÁNO	2. Dg.	<input type="text"/>	PN	Od	<input type="text"/>	Do	<input type="text"/>
ÁNO	3. Dg.	<input type="text"/>	PN	Od	<input type="text"/>	Do	<input type="text"/>
ÁNO	4. Dg.	<input type="text"/>	PN	Od	<input type="text"/>	Do	<input type="text"/>
ÁNO	5. Dg.	<input type="text"/>	PN	Od	<input type="text"/>	Do	<input type="text"/>
NIE	<input type="checkbox"/>						

Miesto:	Dňa:
<input type="text"/>	<input type="text"/>

Podpis lekára:

Pečiatka zdravotníckeho zariadenia/lekára: