

| | |
|---|------|
| Jméno a adresa lékaře, nebo zdravotnického zařízení, které poskytlo první ošetření: | Kdy? |
| Jméno a adresa lékaře, nebo zdravotnického zařízení, které vystavilo potvrzení pracovní neschopnosti: | Kdy? |
| Jméno a adresa Vašeho praktického lékaře: | |

Potvrzení pracovní neschopnosti

| | | | |
|---|------------------------------|-----------------------------|---|
| Délka pracovní neschopnosti | Od | Do | Dne Razítko a podpis mzdové účtárny nebo OSSZ |
| Byl poškozený v době úrazu plátcem nemocenského pojištění? | ANO <input type="checkbox"/> | NE <input type="checkbox"/> | |
| Čerpal poškozený pro uvedenou délku pracovní neschopnosti dávky nemocenské? | ANO <input type="checkbox"/> | NE <input type="checkbox"/> | |

Přiložené doklady nutné k zahájení likvidace

| Přiloženo | | Název dokladu |
|--------------------------|--------------------------|--|
| ANO | NE | |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Úředně ověřená kopie potvrzení pracovní neschopnosti |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Úředně ověřená kopie písemného potvrzení o čerpání dávek nemocenské |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Úředně ověřená kopie dokladu o ukončení pracovní neschopnosti (při ukončení pracovní neschopnosti) |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Lékařské zprávy týkající se pracovní neschopnosti |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Protokol, či usnesení pokud šetřila policie |

Pro další potvrzení nároku musí pojištěný každý měsíc dokládat pojistiteli písemné potvrzení o trvání pracovní neschopnosti a čerpání dávek nemocenské.

Prohlášení

Pojištěného:

Prohlašuji, že všechny mé odpovědi na písemně položené dotazy pojistitele uvedené v tomto tiskopisu jsou pravdivé a úplné a jsem si vědom důsledků nepravdivých odpovědí na povinnost pojistitele plnit. V souladu se zákonem č. 101/2000 Sb., o ochraně osobních údajů, ve znění pozdějších předpisů (dále jen „zákon“), souhlasím, aby mé osobní údaje, včetně údajů o mém zdravotním stavu, byly pojistitelem zpracovávány v rámci činnosti v pojišťovnictví a činnosti související s pojišťovací činností podle zákona č. 363/1999 Sb., o pojišťovnictví, ve znění pozdějších předpisů, a to po dobu nezbytně nutnou k zajištění práv a povinností plynoucích ze závazkového vztahu. Ve smyslu zákona č. 133/2000 Sb., o evidenci obyvatel a o rodných číslech a o změně některých zákonů, ve znění pozdějších předpisů, souhlasím s tím, aby ve stejném rozsahu, za stejným účelem a po stejnou dobu jako ostatní osobní údaje bylo využíváno rodné číslo, jehož jsem nositelem. Prohlašuji, že jsem byl v souladu se zákonem řádně informován o zpracování mých osobních údajů, svých právech a povinnostech zpracovatelů údajů. Veškeré poskytnuté údaje bude zpracovávat pojistitel nebo zpracovatel registrovaný v souladu s § 16 zákona Úřadem pro ochranu osobních. Dále zmocňuji pojistitele, aby si pro potřebu šetření pojistné události vyžadoval veškeré informace a potřebnou zdravotní dokumentaci o mém zdravotním stavu a zavazují se tuto zdravotní dokumentaci v případě potřeby pro pojistitele zajistit. Zároveň žádám a opravňuji tímto všechny dotazované ošetřující lékaře o uvedení přesné diagnózy. Na důkaz svého souhlasu s výše uvedeným zmocněním připojuji k tomuto prohlášení svůj podpis. Tímto zároveň lékaře, ústavy a zdravotnická zařízení, které pojistitel o uvedené informace požádá, zprošťuji od povinnosti zachovávat mlčenlivost.

Dále prohlašuji, že:

nejsem nebo v posledním roce jsem nebyl(a) politicky exponovanou osobou ve smyslu ustanovení § 4 odst. 5 zákona č. 253/2008 Sb., o některých opatřeních proti legalizaci výnosů z trestné činnosti a financování terorismu.

jsem nebo v posledním roce jsem byl(a) politicky exponovanou osobou ve smyslu ustanovení § 4 odst. 5 zákona č. 253/2008 Sb., o některých opatřeních proti legalizaci výnosů z trestné činnosti a financování terorismu.

Politicky exponovaná osoba je nebo byla v postavení:

Hlásitele nebo zplnomocněné osoby:

Prohlašuji, že všechny mé odpovědi na písemně položené dotazy pojistitele uvedené v tomto tiskopise jsou pravdivé a úplné. V souladu se zákonem č. 101/2000 Sb., o ochraně osobních údajů a o změně některých zákonů, ve znění pozdějších předpisů (dále jen „zákon“), výslovně souhlasím, aby mé osobní údaje byly pojistitelem zpracovány v rámci činnosti v pojišťovnictví a činnosti související s pojišťovací činností podle zákona č. 363/1999 Sb., o pojišťovnictví a o změně některých souvisejících zákonů, ve znění pozdějších předpisů, a to po dobu nezbytně nutnou k zajištění všech práv a povinností plynoucích ze závazkového vztahu. Ve smyslu zákona č. 133/2000 Sb., o evidenci obyvatel a o rodných číslech a o změně některých zákonů, ve znění pozdějších předpisů, souhlasím s tím, aby ve stejném rozsahu, za stejným účelem a po stejnou dobu jako ostatní osobní údaje bylo využíváno rodné číslo, jehož jsem nositelem. Prohlašuji, že jsem byl v souladu se zákonem řádně informován o zpracování mých osobních údajů, o svých právech a o povinnostech zpracovatelů údajů. Veškeré poskytnuté údaje bude zpracovávat pojistitel nebo zpracovatel registrovaný v souladu s ust. § 16 zákona Úřadem pro ochranu osobních údajů. Na důkaz svého souhlasu s výše uvedeným připojuji k tomuto prohlášení svůj podpis. Zplnomocněná osoba zároveň prohlašuje, že v souladu s plnou mocí, kterou jí pojištěný udělil, je oprávněna jeho jménem žádat ošetřující lékaře o poskytnutí údajů o jeho zdravotním stavu a léčení včetně potřebné zdravotní dokumentace. Zároveň přikládá originál či ověřenou kopii udělené plné moci.

V dne

.....
Podpis pojištěného

.....
Podpis hlásitele nebo zplnomocněné osoby
(předkládá-li tiskopis)

Lékařská zpráva o pracovní neschopnosti

Poskytnutí údajů je v souladu se souhlasem pojištěného a hlásitele (viz druhá strana formuláře). Zpráva je požadována za účelem šetření nutného ke zjištění rozsahu povinnosti pojistitele plnit, resp. za účelem objektivizace rozsahu nároků vyplývajících ze smluvního vztahu uzavřeného s pojištěným.

Osobní údaje pojištěného

Příjmení a jméno pojištěného

Rodné číslo

Údaje o pracovní neschopnosti

Celková doba pracovní neschopnosti:

Datum vzniku úrazu nebo nemoci vedoucí k pracovní neschopnosti:

Od

Do

Důvod pracovní neschopnosti, rozhodná příčina a DG vedoucí k pracovní neschopnosti. V případě souběhu léčení více diagnóz v rámci jedné pracovní neschopnosti, uveďte výčet DG (dle MKN) a délku léčení pro jednotlivé DG (od - do).

Byl poškozený, pro stejnou příčinu, v minulosti léčen, popř. byl v pracovní neschopnosti. Pokud ANO, uveďte kdy (od - do), a jaká DG vedla k pracovní neschopnosti.

Průběh a způsob léčby jednotlivých DG v rámci jedné pracovní neschopnosti.

Další údaje

| | |
|---|--|
| Operace ANO <input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/> | Pokud ANO, kdy, kde a popis zákroku. |
| Hospitalizace ANO <input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/> | Pokud ANO, kde (adresa), Od, Do a z jakého důvodu? |

Jiné sdělení lékaře

Potvrzuji, že údaje v lékařské zprávě se týkají poškozeného uvedeného na první straně tohoto formuláře.

Forma proplacení honoráře za vyplnění tiskopisu

- vyplatit na základě vystavené faktury
 placeno klientem
 vyplatit na základě smluvního vztahu s ČSOB Pojišťovnou, a. s.

| | |
|---|-----|
| V | Dne |
|---|-----|

.....
Razítko a podpis lékaře