

Oznámení pojistné události Pracovní neschopnost

Jak postupovat při oznámení pojistné události

- Pojistnou událost nám oznamte do 7 dnů od uplynutí limitu plnění sjednaného v pojistné smlouvě.
- Vyberte si a zaškrtněte jednu z následujících variant:
 - ☐ **JEDNORÁZOVÁ VÝPLATA** – Výplatu obdržíte po skončení Vaší pracovní neschopnosti. Pojistnou událost nám oznamte zasláním kompletně vyplněného **formuláře Oznámení pojistné události – Pracovní neschopnost. Formulář Lékařská zpráva** nám doložte až **po ukončení** pracovní neschopnosti.
 - ☐ **PRAVIDELNÁ VÝPLATA** – Pojistné plnění budete dostávat pravidelně v průběhu Vašeho léčení. Pojistnou událost nám oznamte zasláním kompletně vyplněného **formuláře Oznámení pojistné události – Pracovní neschopnost** spolu s formulářem Lékařská zpráva. **Lékařskou zprávu** nám pak dokládejte **každý měsíc** trvání pracovní neschopnosti.
-  Vyplnění lékařské zprávy bývá zpoplatněno. Pojistitel tyto náklady neproplácí.
- V případě, že máte vystavenou **tzv. neschopenku**, doložte nám její kopii.
- A to je vše. Teď už stačí požadované podklady zaslat na **PU-zivot@csobpoj.cz**.
- Pokud vyhodnotíme, že k vyřízení Vaší pojistné události potřebujeme doplňující podklady, budeme Vás kontaktovat.

Pojistné smlouvy, ze kterých uplatňujete nárok na pojistné plnění

č.	č.	č.
---------	---------	---------

Pojištěný – osoba, která je v pracovní neschopnosti

Jméno	Příjmení	Rodné číslo	Povolání
Adresa bydliště (ulice, č.p., obec)		PSČ	Telefon
Korespondenční adresa (ulice, č.p., obec)		PSČ	E-mail
Státní příslušnost, pokud jiná než ČR	Stát trvalého pobytu, pokud jiný než ČR	Stát místa narození, pokud jiný než ČR	
Místo narození	Daňové identifikační číslo (TIN), pokud trvalý pobyt mimo ČR	Pohlaví ☐ muž ☐ žena	
Průkaz totožnosti , podle kterého byly ověřeny údaje a podoba identifikované osoby ☐ Občanský průkaz ☐ Cestovní pas ☐ Jiný doklad:			
Číslo dokladu totožnosti	Platnost dokladu totožnosti do	Stát vydání dokladu totožnosti, pokud jiný než ČR	
V době vzniku pojistné události jste byl/a:			
☐ Zaměstnanec	Zaměstnavatel	Převažující druh činnosti	
☐ OSVČ	IČO		
☐ Bez zaměstnání nebo bez aktivního výkonu samostatné výdělečné činnosti			
☐ Jiné:			
Zdroj příjmů	Účel obchodu		
Vrcholový management ☐ ANO	Pokud ANO, uveďte ekonomickou aktivitu		
Politicky exponovaná osoba ☐ ANO	Pokud ANO, uveďte statut politicky exponované osoby		
	V jakých obdobích	Původ majetku	

CSOBPO9900000000



Výplata pojistného plnění

☐	Plnění poukážete na účet	Číslo účtu	Kód banky
☐	Plnění poukážete na adresu	☐ Adresa bydliště ☐ Korespondenční adresa	Jiná adresa (ulice, č.p., obec, PSČ) ☐

Důvod pracovní neschopnosti

Datum prvního dne pracovní neschopnosti:		Pracovní neschopnost dosud trvá? ☐ NE ☐ ANO	
Jméno a adresa lékaře nebo zdravotnického zařízení, které poskytlo první ošetření			Datum
Jméno a adresa lékaře nebo zdravotnického zařízení, které vystavilo doklad o pracovní neschopnosti			Datum
Jméno a adresa praktického lékaře			
Nemoc	Uvedte, o jakou nemoc se jedná.		
☐			
	Jedná se o nemoc z povolání?	☐ NE ☐ ANO	
	Léčil/a jste se v minulosti s tímto onemocněním nebo touto částí těla?	☐ NE ☐ ANO	Pokud ANO, uveďte kdy.
Úraz	Kdy a kde k úrazu došlo?		
☐	Datum Čas Místo		
	Podrobný popis průběhu a okolností vzniku úrazu:		
	Jaká část těla byla poraněna?		
	Byla poraněná část těla již v minulosti zasažena úrazem nebo nemocí?	☐ NE ☐ ANO	Pokud ANO, uveďte jak a kdy.
	Došlo k úrazu při sportu?	☐ NE ☐ ANO	Druh sportu:
	Pokud ANO, jednalo se o výkon profesionálního sportu?	☐ NE ☐ ANO	Organizace:
	Došlo k úrazu při výkonu povolání?	☐ NE ☐ ANO	Pokud ANO, doložte záznam o pracovním úrazu.
	Došlo k úrazu při dopravní nehodě?	☐ NE ☐ ANO	
	Vyšetřovala okolnosti úrazu policie?	☐ NE ☐ ANO	Pokud ANO, doložte rozhodnutí v dané věci.

i V případech, kdy je pracovní neschopnost delší, než je pro danou diagnózu obvyklé (vzhledem k standardu léčení dané diagnózy) a tato délka není v doručené zdravotnické dokumentaci odůvodněna, stanovuje konečný počet dní pojistitel ve spolupráci se smluvním lékařem.

Doplňující informace

Uplatnil/a jste nárok na pojistné plnění ze stejného důvodu i u jiné pojišťovny?	☐ NE ☐ ANO	Pokud ANO, uveďte název pojišťovny.
Vykonával/a jste výdělečnou činnost v době pracovní neschopnosti?	☐ NE ☐ ANO	

i Nezapomeňte, prosím, požádat svého ošetřujícího lékaře o vyplnění formuláře **Lékařská zpráva**.

Prohlášení pojištěného:

Prohlašuji, že veškeré mnou poskytnuté informace o vzniku a rozsahu následků události, s níž spojuji požadavek na poskytnutí pojistného plnění, jsou pravdivé. Dále prohlašuji, že veškeré mé odpovědi na položené dotazy pojistitele uvedené v tomto oznámení jsou pravdivé a úplné a jsem si vědom důsledků poskytnutí vědomě neúplných nebo nepravdivých odpovědí na povinnost pojistitele plnit.

Prohlašuji, že:

- jsem byl v souladu s ustanovením čl. 13 a čl. 14 Nařízení Evropského parlamentu a Rady (EU) č. 2016/679 ze dne 27. dubna 2016 o ochraně fyzických osob v souvislosti se zpracováním osobních údajů a o volném pohybu těchto údajů a o zrušení směrnice 95/46/ES (obecné nařízení o ochraně osobních údajů) (dále jen „GDPR“), pojistitelem řádně a detailně (co do vysvětlení obsahu a významu všech jejich jednotlivých ustanovení) seznámen s Informacemi o zpracování osobních údajů (tzv. Informačním memorandumem);
- beru na vědomí a jsem srozuměn s informací pojistitele o tom, že Informační memorandum je a bude k dispozici na webových stránkách pojistitele na adrese **www.csobpoj.cz** nebo na kterémkoliv obchodním místě pojistitele;
- před podáním tohoto oznámení jsem měl možnost se seznámit s Informačním memorandumem a pro zodpovězení všech mých případných dotazů k Informačnímu memorandu jsem měl možnost obrátit se na pojistitele.

Souhlasy pojištěného:

Zaškrtnutím souhlasím

☐ V souladu s ustanovením čl. 9 **GDPR**, souhlasím, aby údaje o mém zdravotním stavu nebo zdravotním stavu zastoupeného byly pojistitelem a také smluvním zajištělem pojistitele zpracovávány pro potřebu šetření pojistné události a v rámci činnosti v pojišťovnictví nebo zajišťovací činnosti podle zákona č. 277/2009 Sb., o pojišťovnictví, ve znění pozdějších předpisů, a to po dobu nezbytně nutnou k zajištění práv a povinností plynoucích ze závazkového vztahu.

V souladu s ustanovením § 2828 zákona č. 89/2012 Sb., občanského zákoníku, ve znění pozdějších předpisů, uděluji pojistiteli souhlas se získáváním údajů o mém zdravotním stavu nebo zdravotním stavu zastoupeného, se zjišťováním a přezkoumáváním mého zdravotního stavu nebo zdravotního stavu zastoupeného nebo příčiny mé smrti nebo příčiny smrti zastoupeného, a to od ošetřujících lékařů a zdravotnických zařízení, jsou-li pro to důvody související se šetřením pojistné události, nebo právem účastníka pojištění na zproštění od placení pojistného.

Beru na vědomí, že udělení souhlasu je dobrovolné a že jej mohu kdykoli odvolat. Dále beru na vědomí, že odvolání nebo neudělení souhlasu se zpracováním údajů o zdravotním stavu může vést ke ztížení šetření pojistné události nebo toto šetření pojistitele znemožnit. V takovém případě nebude pojistitel moci buď v plném rozsahu, nebo zcela poskytnout pojistné plnění.

Prohlašuji a svým podpisem níže stvrzuji, že v souladu s ustanovením § 128 odst. 1 zákona č. 277/2009 Sb., o pojišťovnictví, ve znění pozdějších předpisů, uděluji pojistiteli souhlas s poskytnutím informací týkajících se pojištění:

- členům skupiny ČSOB, jejichž seznam je uveden na internetových stránkách **www.csob.cz/skupina**, a
- ostatním subjektům podnikajícím v pojišťovnictví a zájmovým sdružením či korporacím těchto subjektů.

Souhlasím s tím, aby právní či jiná jednání pojistitele ve věci pojistné události (např. oznámení pojistitele, jeho žádosti nebo jeho jiná sdělení) byla činěna prostřednictvím uvedených prostředků elektronické komunikace (e-mailu, telefonu). To platí i pro případ, kdy jednání pojistitele bude obsahovat údaje o mém zdravotním stavu nebo zdravotním stavu zastoupeného.

Plná moc pojištěného:

V souladu s občanským zákoníkem svým níže uvedeným podpisem uděluji pojistiteli plnou moc k tomu, aby ve věcech souvisejících s pojištěním sjednanými pojistnou smlouvou, zejména v případě pojistné události, jednal mým jménem, zastupoval mě a požadoval nezbytné informace od orgánů veřejné moci (např. policie, správních orgánů) nebo třetích osob (např. zdravotních pojišťoven), včetně možnosti nahlížet do spisů a pořizovat z nich výpisy či opisy.

Prohlášení oznamovatele:

Prohlašuji, že veškeré mnou poskytnuté informace o vzniku a rozsahu následků události, s níž spojuji požadavek na poskytnutí pojistného plnění, jsou pravdivé. Dále prohlašuji, že veškeré mé odpovědi na položené dotazy pojistitele uvedené v tomto oznámení jsou pravdivé a úplné a jsem si vědom důsledků poskytnutí vědomě neúplných nebo nepravdivých odpovědí na povinnost pojistitele plnit.

Dále prohlašuji, že v souladu s plnou mocí, která mně byla oprávněnou osobou nebo jejím zákonným zástupcem udělena, jsem oprávněn jejím jménem žádat ošetřující lékaře o poskytnutí údajů o jejím zdravotním stavu a léčení včetně potřebné zdravotnické dokumentace. Zároveň přikládám plnou moc s úředně ověřenými podpisy nebo její ověřenou kopii.

Prohlašuji, že:

- jsem byl v souladu s ustanovením čl. 13 a čl. 14 **GDPR** pojistitelem řádně a detailně (co do vysvětlení obsahu a významu všech jejich jednotlivých ustanovení) seznámen s Informacemi o zpracování osobních údajů (tzv. Informačním memorandumem);
- beru na vědomí a jsem srozuměn s informací pojistitele o tom, že Informační memorandum je a bude k dispozici na webových stránkách pojistitele na adrese **www.csobpoj.cz** nebo na kterémkoliv obchodním místě pojistitele;
- před podáním tohoto oznámení jsem měl možnost se seznámit s Informačním memorandumem a pro zodpovězení všech mých případných dotazů k Informačnímu memorandu jsem měl možnost obrátit se na pojistitele.

Souhlasy oznamovatele:

Prohlašuji a svým podpisem níže stvrzuji, že v souladu s ustanovením § 128 odst. 1 zákona č. 277/2009 Sb., o pojišťovnictví, ve znění pozdějších předpisů, uděluji pojistiteli souhlas s poskytnutím informací týkajících se pojištění:

- členům skupiny ČSOB, jejichž seznam je uveden na internetových stránkách **www.csob.cz/skupina**, a
- ostatním subjektům podnikajícím v pojišťovnictví a zájmovým sdružením či korporacím těchto subjektů.

Souhlasím s tím, aby právní či jiná jednání pojistitele ve věci pojistné události (např. oznámení pojistitele, jeho žádosti nebo jeho jiná sdělení) byla činěna prostřednictvím uvedených prostředků elektronické komunikace (e-mailu, telefonu). To platí i pro případ, kdy jednání pojistitele bude obsahovat údaje o zdravotním stavu pojištěného.

V dne

.....
Podpis pojištěného



Pokud předpokládáte, že výše pojistného plnění přesáhne korunový ekvivalent částky 1 000 euro nebo jste politicky exponovaná osoba, kontaktujte, prosím, svého pojišťovacího zprostředkovatele nebo navštivte nejbližší pobočku za účelem provedení identifikace příjemce pojistného plnění.

Prohlášení pojišťovacího zprostředkovatele (osoby pověřené pojistitelem k provedení identifikace příjemce pojistného plnění):

Prohlašuji, že jsem v souladu se zákonem č. 253/2008 Sb., o některých opatřeních proti legalizaci výnosů z trestné činnosti a financování terorismu, ve znění pozdějších předpisů, zaznamenal a ověřil identifikační údaje příjemce pojistného plnění z výše uvedeného průkazu totožnosti a ověřil shodu podoby této osoby s vyobrazením v průkazu totožnosti, který je na tomto formuláři uveden.

.....
Jméno a příjmení pojišťovacího zprostředkovatele

.....
Datum a místo

.....
HEČ, OEČ/osobní číslo/IČO

.....
Razítko a podpis pojišťovacího zprostředkovatele

Lékařská zpráva

Pracovní neschopnost

Číslo pojistné události

--

Osobní údaje pojištěného

Jméno a příjmení	Rodné číslo

Údaje o pracovní neschopnosti

Datum vzniku úrazu nebo nemoci vedoucí k pracovní neschopnosti:			
Datum prvního dne pracovní neschopnosti:		Pracovní neschopnost dosud trvá? ☐ NE ☐ ANO Pokud NE, uveďte datum posledního dne.	
Důvod pracovní neschopnosti, rozhodná příčina a DG (dle MKN) vedoucí k pracovní neschopnosti.			
Číslo DG			
V případě léčení více diagnóz v rámci jedné pracovní neschopnosti uveďte výčet DG včetně konečné DG a délku léčení pro jednotlivé DG.			
Číslo DG	od	do	Průběh a způsob léčby jednotlivých DG včetně rehabilitace.
V případě gravidity uveďte týden těhotenství k datu vzniku pojistné události.		Byl pojištěný v minulosti pro stejnou příčinu léčen? Pokud ANO, uveďte kdy (od-do).	Byl pojištěný v minulosti pro stejnou DG v pracovní neschopnosti? Pokud ANO, uveďte kdy (od-do).
Datum poslední kontroly:		Datum příští plánované kontroly pokud pracovní neschopnost trvá:	
Vycházky: ☐ NE ☐ ANO		od	do
Byl pojištěný hospitalizován? ☐ NE ☐ ANO		Pokud ANO, uveďte kdy, kde a z jakého důvodu. Příložte propouštěcí zprávu.	
Byl porušen léčebný režim? ☐ NE ☐ ANO			

Prohlášení

Potvrzuji, že se údaje v lékařské zprávě týkají pojištěného uvedeného v tiskopisu. Prohlašuji, že všechny mé odpovědi na písemně položené dotazy pojistitele uvedené v tomto tiskopisu jsou pravdivé a úplné.	
V	dne
Razítko a podpis lékaře	