

Záznamy pojistitele

Oznámení pojistné události Pracovní neschopnost

Tento formulář, prosím, nejprve vyplňte na první a druhé straně. Pak jej předejte svému ošetřujícímu lékaři a požádejte ho o vyplnění Lékařské zprávy. Následně ho do 7 dnů od skončení limitu sjednaného v pojistné smlouvě (15, 29 nebo 57 dnů) zašlete, včetně dokladů uvedených v části 3, na adresu ČSOB Pojišťovny uvedenou v záhlaví nebo elektronicky na info@csobpoj.cz.

V případě dlouhodobé pracovní neschopnosti použijte pro první oznámení pojistné události vyplněné první dvě strany tohoto formuláře s připojenou zprávou z prvního ošetření, ze které jsou zřejmé všechny diagnózy, pro které je pojištěný v pracovní neschopnosti. Vyplněnou Lékařskou zprávu (strana 3 a 4 tohoto formuláře) doručte společně s oznámením o ukončení pracovní neschopnosti.

Dlouhodobou pracovní neschopnost nám nezapomeňte potvrzovat každých 37 dnů na zkráceném formuláři „Potvrzení o trvání/ukončení pracovní neschopnosti“.

Část 1 Pojistná smlouva (čísla pojistných smluv pojištěného, ze kterých uplatňuje nárok na plnění)

č. 1310001111	č.	č.
----------------------	---------	---------

Osobní údaje pojištěného (poškozeného v pracovní neschopnosti)

Jméno a příjmení Karel Novák		Rodné číslo 7 9 0 6 1 4 1 1 1 1	Zdravotní pojišťovna 207
Korespondenční adresa (název ulice, číslo popisné, obec) K Blahobytu 1111, Pardubice		PSČ 53002	Telefon 777000111
E-mail karel.novak@seznam.cz	Stát místa narození, pokud je jiný než ČR	Stát trvalého pobytu, pokud je jiný než ČR	
Pojištěný byl/je v době bezprostředně předcházející vzniku pracovní neschopnosti:			
☐ zaměstnanec	Adresa zaměstnavatele (název ulice, číslo popisné, obec, PSČ)		Povolání
☒ OSVČ aktivně vykonávající výdělečnou činnost	Adresa místa podnikání (název ulice, číslo popisné, obec, PSČ) Na Spravedlnosti 111, 53002 Pardubice		IČO 11111111 Převažující druh činnosti autodoprava
☐ Bez zaměstnání nebo bez aktivního výkonu samostatné výdělečné činnosti			

Osobní údaje zplnomocněné osoby – oznamovatele (je-li odlišný od pojištěného)

Jméno a příjmení		Rodné číslo
Korespondenční adresa (název ulice, číslo popisné, obec)		PSČ
E-mail		Telefon
Stát místa narození, pokud je jiný než ČR		Stát trvalého pobytu, pokud je jiný než ČR

Výplata pojistného plnění

☒ Plnění poukážete na účet	Číslo účtu 123456789	Kód banky 300	Specifický symbol	Variabilní symbol
☐ Plnění poukážete na adresu	☐ Adresa totožná s adresou pojištěného	☐ Adresa odlišná od adresy pojištěného (ulice, č.p., obec, PSČ)		

Část 2 Důvod pracovní neschopnosti

Nemoc ☐	Uvedte o jakou nemoc, pokud je důvodem pracovní neschopnosti, se jedná:			
	Jedná se o nemoc z povolání?		NE ☐ ANO ☐	Pokud ANO, uveďte kdy.
	Léčil se pojištěný v minulosti pro stejnou příčinu nebo byl v příčinné souvislosti v pracovní neschopnosti?		NE ☐ ANO ☐	
Úraz ☒	Došlo k úrazu při sportu?		NE ☐ ANO ☒	Druh sportu: jízda na kole
	Pokud ANO, jednalo se o profesionální sport?		NE ☒ ANO ☐	Pokud ANO, doložte záznam o pracovním úrazu.
	Došlo k úrazu při výkonu povolání?		NE ☒ ANO ☐	
	Kdy a kde k úrazu došlo?	Datum: 10.03.2017	Čas: 14:00	

CSOBPO9090000000



Popis úrazového děje:
při pádu z kola jsem si zlomil pravou ruku

Byla poraněná část těla již před úrazem postižena?

NE ☒ ANO ☐

Pokud ANO, napište jak a kdy.

Vyšetřovala úraz policie?

NE ☒ ANO ☐

Pokud ANO, doložte konečné usnesení.

Došlo k úrazu pod vlivem alkoholu či omamné nebo psychotropní látky?

NE ☒ ANO ☐

Svědci přítomní úrazu:

Jméno a příjmení:
Jana Nováková

Adresa:
K Blahobytu 1111, 53002 Pardubice

Telefon:
777111000

Datum prvního dne pracovní neschopnosti 10.3.2017	Datum posledního dne pracovní neschopnosti	☒ Pracovní neschopnost dosud trvá
Jméno a adresa lékaře nebo zdravotnického zařízení, které poskytlo první ošetření Pardubická nemocnice, Kyjevská 111, 53002 Pardubice		Datum 10.3.2017
Jméno a adresa lékaře nebo zdravotnického zařízení, které vystavilo doklad o pracovní neschopnosti Pardubická nemocnice, Kyjevská 111, 53002 Pardubice		Datum 10.3.2017
Jméno a adresa praktického lékaře MUDr. František Dvořák, třída Míru 111, 53002 Pardubice		

Uplatnil pojištěný nárok na pojistné plnění ze stejného důvodu i u jiného pojistitele?

NE ☒ ANO ☐

Pokud ANO, uveďte název pojistitele.

Vykonával pojištěný výdělečnou činnost v době pracovní neschopnosti?

NE ☒ ANO ☐

Část 3

Příložené doklady nezbytné k posouzení nároku na plnění z pojištění

Příloženo ANO	NE	Název dokladu
☐	☒	Doklad o pracovní neschopnosti (nedokládá OSVČ – neplátce nemocenského pojištění).
☒	☐	Lékařské zprávy týkající se pracovní neschopnosti.
☐	☒	Usnesení policie, pokud byl úraz vyšetřován.
☒	☐	Identifikace příjemce pojistného plnění v případě, že předpokládána výše pojistného plnění převyšší v přepočtu částku 1.000 euro.
☒	☐	Doklad o výši příjmů za poslední zdaňovací období (platí pouze pro OSVČ – neplátce nemocenského pojištění, činí-li denní dávka více než 500 Kč).

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. Dále zmocňuji pojistitele, aby si pro potřebu šetření pojistné události vyžadoval veškeré informace a potřebnou zdravotní dokumentaci o mém zdravotním stavu a zavazuji 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 lékař, ústavy a zdravotnická zařízení, které pojistitel o uvedené informace požádá, zprošťuji od povinnosti zachovávat mlčenlivost.

Oznamovatele nebo zplnomocněné osoby:

Prohlašuji, že všechny mé odpovědi na písemně položené dotazy pojistitele uvedené v tomto tiskopise jsou pravdivé a úplné.

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.

Osoba, která podepisuje toto potvrzení, souhlasí 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 osobní či citlivé údaje pojištěného (např. údaje o jeho zdravotním stavu).

V **Pardubicích**

dne **27.03.2017**

Podpis pojištěného

Podpis oznamovatele, zplnomocněné osoby (předkládá-li tiskopis)

Informace o zpracování osobních údajů

ČSOB Pojišťovna je v souladu se zákonem č. 277/2009 Sb., o pojišťovnictví, oprávněna zpracovávat osobní a citlivé údaje. Tyto údaje budou použity výhradně v rámci činnosti související s pojišťovací činností vyplývající ze závazkového vztahu založeného pojistnou smlouvou.

Záznamy pojistitele

Lékařská zpráva

o pracovní neschopnosti

Poskytnutí údajů je v souladu se souhlasem pojištěného uvedeným v prohlášení na pojistné smlouvě. 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 (poškozeného v pracovní neschopnosti)

Jméno a příjmení	Rodné číslo

Údaje o pracovní neschopnosti

Celková doba pracovní neschopnosti			Datum vzniku úrazu nebo nemoci vedoucí k pracovní neschopnosti:
První den	Poslední den	Dosud trvá ☐	

Důvod pracovní neschopnosti, rozhodná příčina a DG (dle MKN) vedoucí k pracovní neschopnosti.

číslo DG

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

číslo DG

Průběh a způsob léčby jednotlivých DG v rámci jedné pracovní neschopnosti, změna diagnózy, způsob rehabilitace, konečná diagnóza.

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.

Datum poslední kontroly:			Datum příští plánované kontroly pokud pracovní neschopnost trvá:	
Vycházky	Od	Do	Od	Do

Proběhlo jednání LPK? **NE** ☐ **ANO** ☐Byl porušen léčebný režim? **NE** ☐ **ANO** ☐

Pokud ANO, uveďte závěry:

Byl poškozený hospitalizován?

NE ☐

ANO ☐

Pokud ANO, kdy, kde (adresa), z jakého důvodu (například operační zákrok) a na jakých odděleních? Přiložte propouštěcí zprávu.

Jiné sdělení lékaře

Potvrzuji, že údaje v lékařské zprávě se týkají pojištěného uvedeného na přední straně tiskopisu.

V dne

Razítko a podpis lékaře