

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 (u většiny smluv se jedná o limit 15 dnů). Pokud si nejste jisti, podívejte se, prosím, do své pojistné smlouvy, kde sjednaný limit plnění najdete.
- 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. V průběhu Vašeho léčení nám nemusíte dokládat žádné další podklady. Šetříme Váš čas i peníze.
 - ☐ **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.
- Doložte nám všechny lékařské zprávy prokazující způsob a postup léčení.
- V případě, že máte vystavenou tzv. neschopenku, pošlete nám její kopii.
- A to je vše. Teď už stačí požadované podklady zaslat na **info@csobpoj.cz** nebo na adresu uvedenou v záhlaví.
- Pokud vyhodnotíme, že k vyřízení Vaší pojistné události potřebujeme doplňující podklady, budeme Vás kontaktovat.

Pojistná smlouva

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

Osobní údaje pojištěného

Jméno Karel	Příjmení Novák	Rodné číslo 7 9 0 6 1 4 1 1 1 1	Zdravotní pojišťovna 207
Korespondenční adresa (ulice, č.p., obec) K Blahobytu 1111, Pardubice		PSČ 53002	Telefon 777000111
E-mail karel.novak@seznam.cz	Místo narození Chrudim	Stát místa narození, pokud je jiný než ČR	Stát trvalého pobytu, pokud je jiný než ČR
Průkaz totožnosti, podle kterého byly ověřeny údaje a podoba identifikované osoby ☒ Občanský průkaz ☐ Cestovní pas ☐ Jiný doklad:			
Číslo průkazu totožnosti 123456789	Vydáno (stát, popř. orgán) Magistrát města Pardubic	Platnost průkazu totožnosti do 14.7.2024	
Státní občanství ☒ ČR ☐ Jiné:	Politicky exponovaná osoba ☐ ANO	Pokud ANO, uveďte statut politicky exponované osoby a v jakých obdobích.	
V době bezprostředně předcházející vzniku pracovní neschopnosti jste byl/a:			
☒ zaměstnanec	Adresa zaměstnavatele (ulice, č. p., obec, PSČ) Spedice s.r.o., Na Spravedlnosti 111, Pardubice, 53002	Povolání řidič	
☐ OSVČ aktivně vykonávající výdělečnou činnost	Adresa místa podnikání (ulice, č. p., obec, PSČ)	IČO Převažující druh činnosti	
☐ Bez zaměstnání nebo bez aktivního výkonu samostatné výdělečné činnosti			

Oznamovatel – osoba, která uplatňuje nárok na pojistné plnění (vyplňte pouze, je-li oznamovatel odlišný od pojištěného)

☐ Zákonný zástupce ☐ Fyzická osoba (zmocněnec) ☐ Jiné:			
Jméno	Příjmení	Rodné číslo	
Korespondenční adresa (ulice, č. p., obec)		PSČ	Telefon
E-mail	Místo narození	Stát místa narození, pokud je jiný než ČR	Stát trvalého pobytu, pokud je jiný než ČR
Průkaz totožnosti, podle kterého byly ověřeny údaje a podoba identifikované osoby ☐ Občanský průkaz ☐ Cestovní pas ☐ Jiný doklad:			
Číslo průkazu totožnosti	Vydáno (stát, popř. orgán)	Platnost průkazu totožnosti do	
Státní občanství ☐ ČR ☐ Jiné:	Politicky exponovaná osoba ☐ ANO	Pokud ANO, uveďte statut politicky exponované osoby a v jakých obdobích.	

CSOBPO990000000



Výplata pojistného plnění



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 zdravotní dokumentaci odůvodněna, stanovuje konečný počet dní pojistitel ve spolupráci se smluvním lékařem.

☒	Plnění poukážete na účet	Číslo účtu 123456789	Kód banky 0300
☐	Plnění poukážete na adresu	☐ Adresa pojištěného	☐ Jiná adresa (ulice, č.p., obec, PSČ)

Důvod pracovní neschopnosti

Datum prvního dne pracovní neschopnosti: 10.3.2017	Pracovní neschopnost dosud trvá? NE ☐ ANO ☒	Pokud NE, uveďte datum posledního dne.
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		
Nemoc ☐	Uveďte, o jakou nemoc se jedná.	
	Jedná se o nemoc z povolání? NE ☐ ANO ☐	
	Léčil jste se v minulosti s tímto onemocněním nebo touto částí těla? NE ☐ ANO ☐	Pokud ANO, uveďte kdy a doložte zprávy z léčení.
Úraz ☒	Došlo k úrazu při sportu? NE ☐ ANO ☒	Druh sportu: jízda na kole
	Pokud ANO, jednalo se o profesionální sport? NE ☒ ANO ☐	
	Došlo k úrazu při výkonu povolání? NE ☒ ANO ☐	Pokud ANO, doložte záznam o pracovním úrazu.
	Datum 10.3.2017	Čas 14:00
	Místo Pardubice	
Popis úrazového děje: při pádu z kola jsem si zlomil pravou ruku		
	Léčil jste se v minulosti s touto částí těla? NE ☒ ANO ☐	Pokud ANO, uveďte kdy a doložte zprávy z léčení.
	Vyšetřovala úraz policie? NE ☒ ANO ☐	Pokud ANO, doložte konečné usnesení.
	Došlo k úrazu pod vlivem alkoholu či omamné nebo psychotropní látky? NE ☒ ANO ☐	
	Byli u úrazu svědci? NE ☐ ANO ☒	Pokud ANO, doplňte níže.
Jméno a příjmení Jana Nováková	Adresa K Blahobytu 1111, 53002 Pardubice	Telefon 777111000

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 ☐	

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

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. Prohlašuji, že pokud není uvedeno jinak, nejsem politicky exponovanou osobou. 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 lékaře, ústavy a zdravotnická zařízení, které pojistitel o uvedené informace požádá, zprošťuji od povinnosti zachovávat mlčenlivost.

Oznamovatele:

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. Prohlašuji, že pokud není uvedeno jinak, nejsem politicky exponovanou osobou. Dále prohlašuji, že v souladu s plnou mocí, kterou mi pojištěný udělil, jsem oprávněn jeho jménem žádat ošetřující lékaře o poskytnutí údajů o jeho zdravotním stavu a léčení včetně potřebné zdravotní dokumentace. Zároveň přikládám originál či ověřenou kopii udělené plné moci.

Osoba, která podepisuje toto prohlášení, 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 **27.3.2017**

.....
Podpis pojištěného Podpis oznamovatele



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

Zástupce pojistitele:

Potvrzuji, že jsem všechny údaje i podobu podle průkazu totožnosti řádně ověřil a že jsem kontrolu provedl v rozsahu potřebném k posouzení možného rizika legalizace výnosů z trestné činnosti a financování terorismu.

.....
Jméno a příjmení zástupce pojistitele

.....
HEČ, OEČ/osobní číslo/IČO Razítko a podpis zástupce pojistitele

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.

Lékařská zpráva o pracovní neschopnosti

Číslo pojistné události

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

Datum vzniku úrazu nebo nemoci vedoucí k pracovní neschopnosti:			
Datum prvního dne pracovní neschopnosti:		Pracovní neschopnost dosud trvá? NE ☐	Pokud NE, uveďte datum posledního dne. ANO ☐
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 poškozený v minulosti pro stejnou příčinu léčen? Pokud ANO, uveďte kdy (od-do).	Byl poškozený 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	od
Byl poškozený hospitalizován? NE ☐ ANO ☐		Pokud ANO, uveďte kdy, kde a z jakého důvodu. Přiložte 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	