

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 třetí a čtvrté strany. Následně ho do 7 dnů od skončení limitu sjednaného v pojistné smlouvě (15 dnů, 29 dnů, 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 prvotní oznámení pracovní neschopnosti tento formulář a následně nám oznamte její trvání každých 37 dnů na zkráceném formuláři „Potvrzení trvání/ukončení pracovní neschopnosti“.

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

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

Osobní údaje pojištěného (poškozeného v pracovní neschopnosti)

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

Výplata pojistného plnění

☐	Plnění poukážte na účet	Číslo účtu	Kód banky	Specifický symbol	Variabilní symbol
☐	Plnění poukážte 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	Druh sportu		
☐	Došlo k úrazu při sportu?	NE ☐ ANO ☐	
	Pokud ANO, jednalo se o profesionální sport?	NE ☐ ANO ☐	
	Došlo k úrazu při výkonu povolání?	NE ☐ ANO ☐	Pokud ANO, doložte záznam o pracovním úrazu.
	Kdy a kde k úrazu došlo?	Datum: Čas: Místo:	

CSOBPO990000000



Popis úrazového děje:		
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 ☐	
Jméno a příjmení:	Adresa:	Telefon:
Svědci přítomní úrazu:		

Datum prvního dne pracovní neschopnosti	Datum posledního dne pracovní neschopnosti	☐ Pracovní neschopnost dosud trvá
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		

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	Pojištěný je – zaměstnanec nebo – OSVČ platící nemocenské pojištění	Příloženo ANO	NE	Pojištěný je OSVČ neplatící nemocenské pojištění
☐	☐	Písemné potvrzení mzdové účtárny o čerpání náhrady mzdy z důvodu pracovní neschopnosti trvajících 14 dnů a méně	☐	☐	Doklad o výši příjmů za poslední zdaňovací období (činí-li denní dávka více než 500 Kč)
☐	☐	Doklad o pracovní neschopnosti	☐	☐	Lékařské zprávy týkající se pracovní neschopnosti
☐	☐	Lékařské zprávy týkající se pracovní neschopnosti	☐	☐	Usnesení policie, pokud byl úraz vyšetřován
☐	☐	Usnesení policie, pokud byl úraz vyšetřován			

Prohlášení

Pojištěného: Molai^řřf) Eb sěb`ekv 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 (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. 277/2009 Sb., o pojišťovnictví, 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 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 údajů. 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. Oznamovatele 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., výslovně souhlasím, aby mé osobní údaje byly pojistitelem zpracovány v rámci činnosti v pojišťovnictví a činnosti související s pojišťovací činností podle zákona č. 277/2009 Sb., o pojišťovnictví 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, 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. Osoba, která podepisuje Oznámení pojistné události, 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	dne
..... Podpis pojištěného	 Podpis oznamovatele, zplnomocněné osoby (předkládá-li tiskopis)

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