ČSOB Pojišťovna, a. s., člen holdingu ČSOB
Masarykovo náměstí 1458, 532 18 Pardubice
tel.: **800 100 777**, fax: 467 007 444,
e-mail: **info@csobpoj.cz**, **www.csobpoj.cz**

1 milion klientů pod naší ochranou

Životní pojištění

Záznamy pojistitele

Potvrzení o trvání / ukončení pracovní neschopnosti

Tímto formulářem potvrzujete pokračování pracovní neschopnosti každých 37 dnů jejího trvání od prvního oznámení. Tento formulář, prosím, nejprve vyplňte v první části a pak jej předejte svému ošetřujícímu lékaři a požádejte ho o vyplnění druhé části. Následně ho zašlete na adresu ČSOB Pojišťovny uvedenou v záhlaví nebo elektronicky na info@csobpoj.cz.

Pokud tímto formulářem potvrzujete ukončení pracovní neschopnosti, přiložte k němu poslední lékařskou zprávu vztahující se k rozhodným diagnózám a doklad prokazující čerpání nemocenské (seznam dokladů je uveden v části 3, prvotního Oznámení pojistné události). Pojistné plnění za doloženou dobu trvání pracovní neschopnosti Vám bude vyplaceno v souladu s dispozicí uvedenou v prvotním oznámení.

Část 1 Číslo pojistné události

Osobní údaje pojištěného (poškozeného v pracovní neschopnosti)

Jméno a příjmení	Rodné číslo
Korespondenční adresa (název ulice, číslo popisné, obec)	PSČ

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

Jméno a příjmení	Rodné číslo
Korespondenční adresa (název ulice, číslo popisné, obec)	PSČ

V ..... dne .....

..... Podpis pojištěného

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

Část 2 Zkrácená lékařská zpráva o průběhu pracovní neschopnosti

Datum prvního dne pracovní neschopnosti	Pracovní neschopnost dosud trvá?	NE ☐	ANO ☐	Pokud NE – datum posledního dne pracovní neschopnosti
Přehled jednotlivých diagnóz v průběhu pracovní neschopnosti, konečná diagnóza (připojte lékařské zprávy).				
Průběh a způsob léčby jednotlivých diagnóz, včetně rehabilitace.				
Datum poslední kontroly:			Datum příští plánované kontroly pokud pracovní neschopnost trvá:	
Vycházky:	Od:	Do:	Od:	Do:
Byl poškozený hospitalizován od posledního hlášení?	NE ☐	ANO ☐	Pokud ANO – kdy, kde, z jakého důvodu, přiložte propouštěcí zprávu.	
Byl porušen léčebný režim?	NE ☐	ANO ☐		

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.

V ..... dne ....
Razítko a podpis lékaře

CSOBP06R0000000

11 Z 2613

Identifikace příjemce pojistného plnění

Příjmení a jméno			Stát místa narození	
Adresa bydliště: ulice a číslo popisné, obec	Rodné číslo	Pohlaví muž ☐ žena ☐	Místo narození	Státní občanství
	Telefon	Průkaz totožnosti OP ☐ ŘP ☐ Pas ☐ platný do: ..... číslo vydal (orgán/stát):		
Název firmy (pouze OSVČ)		Místo podnikání	IČO (pouze OSVČ)	
Pojistné plnění poukažte na:	☐ účet č.	VS		
	☐ adresu bydliště			

☐ Prohlašuji, že nyní jsem nebo jsem v posledním roce byl 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, ve znění pozdějších předpisů. Pokud bylo zvoleno ano, uveďte postavení politicky exponované osoby: ..... Není-li tento odstavec zaškrtnut, pak prohlašuji, že nyní nejsem nebo jsem v posledním roce nebyl politicky exponovanou osobou ve smyslu výše uvedeného ustanovení.	Datum Podpis

Údaje o zástupci pojistitele, který provedl identifikaci příjemce pojistného plnění

Příjmení a jméno	Osobní číslo	Telefon	E-mail
Prohlašuji, že jsem v souladu se zákonem č. 253/2008 Sb., o některých opatřeních proti legalizaci výnosů z trestné činnosti a financování terorismu, zkontroloval platnost a úplnost identifikačních údajů příjemce pojistného plnění, zjistil a zaznamenal jeho aktuální identifikační údaje z výše uvedeného průkazu totožnosti a ověřil shodu podoby příjemce pojistného plnění s vyobrazením v tomto průkazu totožnosti.		Datum	Podpis