

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:			
<input type="checkbox"/> zaměstnanec	Adresa zaměstnavatele (název ulice, číslo popisné, obec, PSČ)		Povolání
<input type="checkbox"/> OSVČ aktivně vykonávající výdělečnou činnost	Adresa místa podnikání (název ulice, číslo popisné, obec, PSČ)		IČO Převažující druh činnosti
<input type="checkbox"/> 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

<input type="checkbox"/>	Plnění poukážte na účet	Číslo účtu	Kód banky	Specifický symbol	Variabilní symbol
<input type="checkbox"/>	Plnění poukážte na adresu	<input type="checkbox"/> Adresa totožná s adresou pojištěného	<input type="checkbox"/> 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:		
<input type="checkbox"/>	Jedná se o nemoc z povolání?	NE <input type="checkbox"/>	ANO <input type="checkbox"/>
	Léčil se pojištěný v minulosti pro stejnou příčinu nebo byl v příčinné souvislosti v pracovní neschopnosti?	NE <input type="checkbox"/>	ANO <input type="checkbox"/>
		Pokud ANO, uveďte kdy	
Úraz	Došlo k úrazu při sportu?	NE <input type="checkbox"/>	ANO <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Pokud ANO, jednalo se o profesionální sport?	NE <input type="checkbox"/>	ANO <input type="checkbox"/>
	Došlo k úrazu při výkonu povolání?	NE <input type="checkbox"/>	ANO <input type="checkbox"/>
		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	<input type="checkbox"/> 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
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Písemné potvrzení mzdové účtárny o čerpání náhrady mzdy z důvodu pracovní neschopnosti trvajících 14 dnů a méně	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Doklad o výši příjmů za poslední zdaňovací období (činí-li denní dávka více než 500 Kč)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Doklad o pracovní neschopnosti	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Lékařské zprávy týkající se pracovní neschopnosti
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Lékařské zprávy týkající se pracovní neschopnosti	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Usnesení policie, pokud byl úraz vyšetřován
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Usnesení policie, pokud byl úraz vyšetřován			

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. 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 uvedením 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., 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 uvedením 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.

Souhlasím s tím, že budu pojišťovnou kontaktován/a elektronickou cestou s využitím mnou uvedených kontaktních údajů (e-mail / telefon) a to včetně zaslání informací o mém zdravotním stavu nebo zdravotním stavu toho, jehož jsem zákonným zástupcem.

V dne

Podpis pojištěného

Podpis oznamovatele, zplnomocněné osoby (předkládá-li tiskopis)

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