

Oznámení pojistné události – Pracovní neschopnost

Pokyny pro vyplnění formuláře:

1. Vyplňte formulář **ve všech bodech**. **Nezapomeňte vyplnit číslo pojistné smlouvy**.
2. U políček s možností volby označte platnou odpověď křížkem.
3. V případě jakýchkoli nejasností při vyplňování formuláře nás můžete kontaktovat na bezplatné informační lince Kontaktního centra 800 10 66 10 nebo se můžete obrátit na svého poradce.
4. Oznámení spolu s dalšími dokumenty zašlete e-mailem na hlaseni@komercpoj.cz nebo poštou na adresu: **Komerční pojišťovna, a.s., Palackého 53, 586 01, Jihlava**
5. Vaši identifikaci může při sepisování tohoto oznámení pojistné události zajistit Váš poradce nebo si ji můžete zajistit na obecním úřadě s rozšířenou působností, krajském úřadě, u notáře nebo na Czech POINTu.

ÚDAJE O POJIŠTĚNÉM	
Příjmení a jméno:	Rodné číslo: ¹⁾
Místo narození:	Pohlaví: <input type="checkbox"/> Muž <input type="checkbox"/> Žena
Stát narození:	Státní občanství:
Adresa trvalého nebo jiného pobytu včetně státu:	Forma pobytu: <input type="checkbox"/> Trvalý <input type="checkbox"/> Jiný
Korespondenční adresa (bydliště, liší-li se od adresy trvalého nebo jiného pobytu):	
E-mail:	Telefon:
Preferovaný způsob komunikace:	<input type="checkbox"/> E-mail <input type="checkbox"/> Pošta
Číslo průkazu totožnosti:	Druh průkazu totožnosti: <input type="checkbox"/> OP <input type="checkbox"/> Jiný ³⁾ (uveďte)
Orgán, který průkaz totožnosti vydal:	Platnost průkazu od _ _ / _ _ / _ _ _ _ do _ _ / _ _ / _ _ _ _
Politická expozice: ²⁾ <input type="checkbox"/> Ano <input type="checkbox"/> Ne	
<input type="checkbox"/> Zaměstnanec - popis pozice:	<input type="checkbox"/> OSVČ – obor podnikatelské činnosti:..... <input type="checkbox"/> OSVČ odhlášená / <input type="checkbox"/> neodhlášená z nemocenského pojištění (nezapomeňte přiložit úplný výpis DP s otiskem FÚ za předchozí období, kopii ŽL nebo jiného dokladu k podnikání)
Jste registrovaný sportovec? <input type="checkbox"/> Ano <input type="checkbox"/> Ne	
Pokud ano, ve kterém sportu, v jaké soutěži?	
Pokud jste registrovaný sportovec, provozujete sport aktivně? <input type="checkbox"/> Ano <input type="checkbox"/> Ne	
Přesná adresa pobytu v době pracovní neschopnosti (je-li odlišná od korespondenční):	
Výše splátky:	Datum splatnosti splátek:
PŘILOŽENÉ DOKUMENTY	
<input type="checkbox"/> Potvrzení zaměstnavatele o pracovním poměru – KP Potvrzení o pracovním poměru	
<input type="checkbox"/> Kopie živnostenského listu nebo jiného dokladu prokazujícího oprávnění provozovat podnikatelskou činnost	
<input type="checkbox"/> Kopie lékařem vyplněného formuláře – Potvrzení lékaře	
<input type="checkbox"/> Lékařská zpráva z prvního ošetření úrazu a zprávu ze šetření okolností úrazu policí	
<input type="checkbox"/> V případě hospitalizace – propouštěcí zpráva	
<input type="checkbox"/> Jiné	

ÚDAJE PRO VÝPLATU POJISTNÉHO PLNĚNÍ

Pojistné plnění z pojištění, které mám u Vaší společnosti uzavřeno a vztahuje se k příčině vzniku škody, bude vyplaceno na níže uvedený účet nebo oprávněné osobě v souladu s pojistnými podmínkami.

Žádám o výplatu pojistného plnění z výše uvedené pojistné smlouvy. Pojistné plnění poukažte na:

Číslo účtu: _____ / _____ (kód banky)

Jedná se o účet, jehož jste oprávněným vlastníkem? Ano Ne Pokud NE, prosím uveďte:

Jméno a příjmení vlastníka účtu: _____

Datum narození: _____ Adresu bydliště, včetně státu: _____

Důvod výplaty na účet jiné osoby: _____

Adresa: (Musí být na území České republiky! Uveďte jméno, příjmení, ulici, číslo orientační a popisné, PSČ, místo – poštu. Jedná-li se o adresu jinou než trvalého nebo jiného pobytu či korespondenční adresu, uveďte současně prosím důvod zaslání právě na tuto adresu.)

PROHLÁŠENÍ, ZMOCNĚNÍ A PODPISY

Žádám o plnění z pojistné události a prohlašuji, že všechny údaje v tomto Oznámení jsem uvedl/a úplně a pravdivě. Jsem si vědom/a, že neúplné a nesprávné odpovědi mají vliv na plnění pojišťovny.

Souhlasím, aby pojišťovna, tj. Komerční pojišťovna, a.s., v souladu s občanským zákoníkem sama nebo další jí určené osoby uvedené v Informačním memorandu nebo prostřednictvím pověřeného lékaře získávala údaje o mém zdravotním stavu, včetně jakékoliv zdravotnické dokumentace, od mého lékaře, zdravotní pojišťovny či jakéhokoli orgánu veřejné moci či jiného pojišťovny, u kterých mám podle dostupných informací sjednáno životní nebo úrazové pojištění. Zmocňuji pojišťovnu, abych si od těchto osob či orgánů zjišťovala informace o mém zdravotním stavu, nahlížela do mé zdravotnické dokumentace a jiných záznamů o mém zdravotním stavu, požadovala z nich výpisy či opisy, a to i po mé smrti. Pro účely tohoto zmocnění a v jeho rozsahu zprůšťuji uvedené osoby a orgány jejich zákonné či smluvní povinnosti mlčenlivosti, a to i ve smyslu zákona číslo 372/2011 Sb., o zdravotních službách.

Pojišťovna si vyhrazuje právo na možnost vyžádání si dalších dokumentů nezbytných pro vyřízení pojistného nároku.

V případě preferované komunikace prostřednictvím e-mailu poskytnu souhlas k zaslání sdělení týkajících se stavu a výsledků šetření pojistné události s využitím prostředků elektronické komunikace (např. e-mail, SMS) na kontakty, které jsem uvedl/a v tomto oznámení pojistné události. Odesláním oznámení pojistné události e-mailem beru na vědomí, že se jedná o nezabezpečený komunikační kanál a odpovědnost za zaslání osobní údaje přebírá pojišťovna až jejich přijetím na jeho poštovní server. V případě, kdy se osobní údaje (zejména e-mailová adresa, telefonní kontakt, korespondenční adresa nebo trvalá adresa) o mně nebo pojištěných osobách, které pojišťovna zpracovává, liší od údajů uvedených v tomto oznámení, beru na vědomí, že budou aktualizovány.

Současně potvrzuji, že mi byly poskytnuty a jsou mi známy informace týkající se zpracování osobních údajů pojišťovnou a souvisejících práv a povinností obsažených v Informačním memorandu o nakládání s osobními údaji (Informační memorandum) a skutečnost, že aktuální verzi tohoto Informačního memoranda lze nalézt na našich internetových stránkách <http://www.kbpojistovna.cz/informační-memorandum>.

Beru na vědomí, že pojišťovna si vyhrazuje právo před výplatou pojistného plnění provést řádnou identifikaci oprávněné osoby v souladu se zákonem 253/2008 Sb., nebo oprávněnou osobu vyzvat k identifikaci; identifikaci je možné zajistit na obecním úřadě s rozšířenou působností, krajském úřadě, u notáře, na Czech Pointu nebo u poradce, se kterým bylo pojištění uzavřeno.

Datum

Jméno a příjmení pojištěného/ zákonného zástupce

Podpis pojištěného/ zákonného zástupce ⁴⁾

Potvrzuji, že jsem totožnost žadatele ověřil/a dle průkazu totožnosti. ⁵⁾

Jméno a příjmení zástupce pojišťovny

Podpis zástupce pojišťovny

Název společnosti

Kód společnosti

IČ poradce

Kód poradce

Telefon poradce

E-mail poradce

- 1) vyplňte datum narození, nebylo-li rodné číslo v ČR přiděleno
- 2) pokud jste politicky exponovanou osobou, vyplňte a přiložte formulář „Čestné prohlášení o PEP“
- 3) uveďte Povolení k pobytu, pas, Řidičský průkaz atp.
- 4) totožnost pojištěného/ pojištěného/ zákonného zástupce / opatrovníka / zákonného zástupce na základě zmocnění byla před podpisem žádosti ověřena dle průkazu totožnosti
- 5) tuto část vyplňuje poradce KP

Potvrzení lékaře – Pracovní neschopnost

Vyplní ošetřující lékař, u kterého máte vystavenou pracovní neschopnost.

- prosíme o **čitelné** vyplnění všech údajů.
- pokud na některé níže uvedené dotazy odpovídáte ano nebo ne, označte platnou odpověď křížkem

Pro trvání pracovní neschopnosti postačí doložit pouze toto Potvrzení lékaře. Potvrzení nám zasílejte alespoň 1x měsíčně na výše uvedenou adresu v případě, že chcete vyplácet zálohy plnění.

Za vyplnění Zprávy ošetřujícího lékaře uhradte lékaři jím požadovanou částku (podle zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách, jde o zdravotní výkon, který nesleduje léčebný účel a je proveden na Vaši žádost). Náklady za vyplnění tohoto formuláře nese pojištěný.

PŘÍČINA PRACOVNÍ NESCHOPNOSTI

Lékař potvrzuje, že pojištěný

Rodné číslo (není-li, vyplňte datum narození):

Jméno a příjmení:

byl v pracovní neschopnosti je v pracovní neschopnosti a pracovní neschopnost nadále trvá

Pojištěný je práce neschopen od:

Diagnóza (číselně dle Mezinárodní klasifikace nemocí a slovně):

Úraz: pracovní při dopravní nehodě Nemoc z povolání Ano Ne
 zaviněný jinou osobou ostatní Podezření z vlivu alkoholu Ano Ne

Léčil se pacient již dříve pro toto onemocnění? Ano Ne
Pokud ano, uveďte datum od ____/____/____ do ____/____/____

V případě kladné odpovědi uveďte datum, kdy bylo onemocnění diagnostikováno poprvé: ____/____/____

TRVÁNÍ PRACOVNÍ NESCHOPNOSTI

Změna diagnózy:

Uveďte datum změny diagnózy: ____/____/____

Vycházky Ano od – do (časové rozmezí)
 Ne

Hospitalizace Ano od – do
 Ne
(v případě hospitalizace je nutné doložit propouštěcí zprávu)

Poznámky lékaře:

Příští kontrola dne:

Datum vystavení:
(při kontrole)

Razítko a podpis lékaře:

UKONČENÍ PRACOVNÍ NESCHOPNOSTI

Datum vystavení:

Práce schopen od:

Razítko a podpis lékaře: