

## 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](mailto: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 (není-li, uveďte datum narození):
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 <sup>2)</sup> (uveďte) .....
Orgán, který průkaz totožnosti vydal:	Platnost průkazu od  _ _ / _ _ / _ _ _ _  do  _ _ / _ _ / _ _ _ _
Politická expozice: <sup>1)</sup> <input type="checkbox"/> Ano <input type="checkbox"/> Ne	
<input type="checkbox"/> Zaměstnanec – popis pozice:	<input type="checkbox"/> OSVČ – obor podnikatelské činnosti: OSVČ <input type="checkbox"/> 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):	
ÚDAJE O POJIŠTĚNÍ U OSTATNÍCH POJIŠTŮVEN	
Máte uzavřenou pojistnou smlouvu u jiné pojišťovny na stejnou pojistnou nebezpečí?	<input type="checkbox"/> Ano <input type="checkbox"/> Ne
Pokud ano, uveďte název pojišťovny, pojistnou částku (limity plnění) a zda uplatňujete nárok na plnění z důvodu stejné události z tohoto pojištění.	

## PŘILOŽENÉ DOKUMENTY

- Potvrzení zaměstnavatele o pracovním poměru a příjmu (alespoň za 3 měsíce zpětně) - **KP Potvrzení zaměstnavatele**
- Úplný výpis příznání k dani z příjmu za předchozí zdaňovací období, vydaný a ověřený (otisk razítka) příslušným finančním úřadem
- Kopie živnostenského listu nebo jiného dokladu prokazujícího oprávnění provozovat podnikatelskou činnost
- Protokol policie  Lékařská zpráva z prvního ošetření úrazu a zprávu ze šetření okolností úrazu policií
- V případě hospitalizace – propouštěcí zprávu  Jiné

## ÚDAJE PRO VÝPLATU POJISTNÉHO PLNĚNÍ

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

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 pojistovny.

Souhlasím, aby pojistitel, 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 pojistitele, 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 zprošťuji uvedené osoby a orgány jejich zákonné či smluvní povinnosti mlčenlivosti, a to i ve smyslu zákona číslo 372/2011 Sb., o zdravotních službách.

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

V případě preferované komunikace prostřednictvím e-mailu poskytuji souhlas k zaslání sdělení týkající 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 pojistitel 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 pojistitel 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 pojistitelem 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/informacni-memorandum>.

Beru na vědomí, že pojistitel 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<sup>3)</sup>

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

\_\_\_\_\_ Jméno a příjmení zástupce pojišťovny

\_\_\_\_\_ Podpis zástupce pojišťovny

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Název společnosti

Kód společnosti

IČ poradce

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Kód poradce

Telefon poradce

E-mail poradce

1) pokud jste politicky exponovanou osobou, vyplňte a přiložte formulář „Čestné prohlášení o PEP“

2) uveďte Povolení k pobytu, pas, Řidičský průkaz atp.

3) totožnost pojistníka / pojištěného / opatrovníka / zákonného zástupce na základě zmocnění byla před podpisem žádosti ověřena dle průkazu totožnosti

## 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 kontakty uvedené níže, pokud chcete vyplácet zálohy plnění.

Za vyplnění Zprávy ošetřujícího lékaře uhradíte 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.

Potvrzení spolu s dalšími přílohami zašlete e-mailem na [hlaseni@komerpoj.cz](mailto:hlaseni@komerpoj.cz) nebo nám je můžete předat prostřednictvím webových stránek [Vložit dokumenty](#) nebo je zaslat poštou na adresu: Komerční pojišťovna, a.s., Palackého 53, 586 01 Jihlava.

ÚDAJE O PACIENTOVI				
Jméno a příjmení:		Rodné číslo:		
ÚDAJE O PRACOVNÍ NESCHOPNOSTI				
Lékař potvrzuje, že pacient				
<input type="checkbox"/> byl v pracovní neschopnosti <input type="checkbox"/> je v pracovní neschopnosti a pracovní neschopnost nadále trvá				
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	Datum, kdy bylo onemocnění diagnostikováno poprvé
Úraz	<input type="checkbox"/> pracovní	<input type="checkbox"/> při dopravní nehodě	Nemoc z povolání	<input type="checkbox"/> Ano <input type="checkbox"/> Ne
	<input type="checkbox"/> zaviněný jinou osobou	<input type="checkbox"/> ostatní	Podezření z vlivu alkoholu	<input type="checkbox"/> Ano <input type="checkbox"/> Ne
Léčil se pacient již dříve pro toto onemocnění?				<input type="checkbox"/> Ano <input type="checkbox"/> Ne
Pokud ano, uveďte datum od ____/____/____ do ____/____/____				
V případě kladné odpovědi uveďte datum, kdy bylo onemocnění diagnostikováno poprvé: ____/____/____				
Výcházky	<input type="checkbox"/> Ano od – do (časové rozmezí)		Hospitalizace	<input type="checkbox"/> Ano od – do
	<input type="checkbox"/> Ne			<input type="checkbox"/> 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:		