

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 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) ¹⁾ :
Místo narození:	Pohlaví: ☐ Muž ☐ Žena
Stát narození:	Státní občanství:
Adresa trvalého nebo jiného pobytu včetně státu:	Forma pobytu: ☐ Trvalý ☐ Jiný
Korespondenční adresa (bydliště, liší-li se od adresy trvalého nebo jiného pobytu):	
E-mail:	Telefon:
Preferovaný způsob komunikace:	☐ e-mail ☐ pošta
Číslo průkazu totožnosti:	Druh průkazu totožnosti: ☐ OP ☐ Jiný ³⁾ (uveďte)
Orgán, který průkaz totožnosti vydal:	Platnost průkazu od ____/____/____ do ____/____/____
Politická expozice ²⁾ : ☐ ano ☐ ne	
☐ Zaměstnanec - popis pozice:	☐ OSVČ – obor podnikatelské činnosti: OSVČ ☐ odhlášená / ☐ 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?	☐ Ano ☐ Ne
Pokud ano, ve kterém sportu, v jaké soutěží?	
Pokud jste registrovaný sportovec, provozujete sport aktivně?	☐ Ano ☐ 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 stejné pojistné nebezpečí? ☐ ano ☐ 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

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

☐ Číslo účtu _____ / _____ (kód banky)

Jedná se o účet, jehož jste oprávněným vlastníkem? ☐ ano ☐ ne

Pokud ne, uveďte prosím vlastníka účtu a Váš vztah k němu. Dle zákona o platebním styku nejsme oprávněni vyplácet peněžní prostředky na bankovní účty, jejichž vlastníky nejsou oprávněné osoby.:

☐ Adresa (uveďte jméno, příjmení, ulici, číslo orientační a popisné, PSČ, místo – poštu), adresa musí být na území České republiky:

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 jí určené osoby 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 pojištětele, u kterých mám dle dostupných informací sjednáno životní nebo úrazové pojištění. Zmocňuji pojišťovnu, aby 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.

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

Poskytují 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 nezábezpečný komunikační kanál a odpovědnost za zaslání osobní údaje přebírá pojišťovna až jejich přijetím na jeho poštovní server.

Dále **souhlasím** s aktualizací osobních údajů (zejména e-mailové adresy, telefonního kontaktu, korespondenční nebo trvalé adresy), které o mně nebo pojištěných osobách pojišťovna zpracovává, pokud se tyto údaje nebudou shodovat s údaji uvedenými v tomto oznámení.

Datum

Jméno a příjmení pojištěného/ zákonného zástupce

Podpis pojištěného/ zákonného zástupce 4)

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



Číslo pojistné smlouvy

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 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.

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 ☐ 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: | | / | | / | | | |

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:

Datum vystavení:

Práce schopen od:

Razítko a podpis lékaře: