

## Oznámení pojistné události (pracovní neschopnost)



Vyplňte, prosím, tento formulář ve všech příslušných bodech, o vyplnění Části V požádejte ošetřujícího lékaře, který Vám potvrzení o pracovní neschopnosti vystavil. Pokud jste osoba samostatně výdělečně činná, přiložte k vyplněnému formuláři daňové příznání za předešlý rok. Vyplněný formulář včetně požadovaných dokumentů zašlete na níže uvedenou adresu nejpozději jeden měsíc po vzniku plné pracovní neschopnosti. Po ukončení pracovní neschopnosti zašlete neprodleně potvrzení o jejím ukončení. Vyplnění tohoto formuláře neznamená automaticky přiznání nároku na pojistné plnění.

### ČÁST I VYPLNÍ POJIŠTĚNÝ

	Pojistník:	Pojištěný (není-li totožný s pojistníkem):
Jméno a příjmení, titul:		
Rodné číslo nebo datum narození:		
Adresa pobytu při plné pracovní neschopnosti:		
	PSČ:	PSČ:
	telefonní číslo:	telefonní číslo:
<input type="checkbox"/> *zaměstnanec - zaměstnán jako:	adresa zaměstnavatele:	
<input type="checkbox"/> *OSVČ s nemocenským pojištěním	Uvedte druh podnikatelské činnosti:	
<input type="checkbox"/> *OSVČ bez nemocenského pojištění		
Jste v současné době na mateřské / rodičovské dovolené?	Ne <input type="checkbox"/> Ano <input type="checkbox"/> Pokud ano, uveďte datum od kdy:	
Případné pojistné plnění požadují zaslat na: <i>Pokud výše plnění přesáhne 50.000,- Kč, je možné poukázat částku pouze na bankovní účet (vyžaduje se úředně ověřený podpis pojistníka/pojištěného na samostatném formuláři, zasílaném až po přiznání plnění). U nižších částek lze uvést adresu, na kterou má být plnění zasláno poštovní šekovou poukázkou.</i>	Účet číslo:	
	Adresu (je-li odlišná od adresy trvalého bydliště):	
Pojistná smlouva číslo:		

### ČÁST II INFORMACE O PRACOVNÍ NESCHOPNOSTI (vyplní pojištěný)

Datum prvního dne pracovní neschopnosti:	Od:
Jméno, adresa a odbornost (specializace) lékaře, který Vám vystavil potvrzení o pracovní neschopnosti:	
Jméno a adresa Vašeho současného praktického lékaře:	
Datum, kdy jste poprvé informoval(a) lékaře o zdravotních problémech vedoucích k pracovní neschopnosti:	Datum:
V případě nemoci, měl(a) jste v minulosti stejné, nebo podobné potíže? <i>Pokud ano, uveďte podrobnosti (datum, diagnózu, příznaky apod.):</i>	Ne <input type="checkbox"/> Ano <input type="checkbox"/>

#### Vyplňte v případě úrazu

Kdy došlo k úrazu?	Datum / hodina:
Popište, prosím, za jakých okolností k úrazu došlo a jakou činnost jste v době úrazu vykonával(a)?	
Jaká zranění jste následkem úrazu utrpěl(a)?	
Vyšetřovala úraz policie? <i>Pokud ano, uveďte, prosím, adresu útvaru, číslo jednací, jméno vyšetřovatele:</i>	

Žádáte nebo jste žádal(a) o výplatu pojistného plnění u jiné pojišťovny v souvislosti s uvedenou pracovní neschopností?	Ne <input type="checkbox"/>	Ano <input type="checkbox"/>	Uveďte podrobnosti:
Uplatnil(a) jste nebo budete uplatňovat z titulu nemocenského pojištění nebo sociálního zabezpečení jakékoli dávky?	Ne <input type="checkbox"/>	Ano <input type="checkbox"/>	Uveďte podrobnosti:
Pobíráte invalidní (plný, částečný) nebo starobní důchod na základě pravomocného rozhodnutí příslušného orgánu sociálního zabezpečení?	Ne <input type="checkbox"/>	Ano <input type="checkbox"/>	Uveďte podrobnosti:
Vykonával(a) jste po dobu své pracovní neschopnosti jakékoli zaměstnání?	Ne <input type="checkbox"/>	Ano <input type="checkbox"/>	Uveďte podrobnosti:

### ČÁST III PROHLÁŠENÍ POJIŠTĚNÉHO

Já, níže podepsaný(á), prohlašuji, že veškeré údaje a prohlášení uvedené v tomto formuláři či jinak mnou poskytnuté v souvislosti s tímto oznámením jsou pravdivé a byly učiněny a uvedeny dle mého nejlepšího vědomí a svědomí, a beru na vědomí, že pokud by tomu tak nebylo, je pojistitel oprávněn snížit nebo odmítnout pojistné plnění. Souhlasím výslovně s tím a zmocňuji pojistitele k tomu, aby vyžadoval, získával, přebíral a zpracovával lékařské informace a zdravotnickou dokumentaci od kteréhokoli lékaře (který mě ošetřoval v jakékoli záležitosti týkající se mého fyzického či duševního zdraví), a tímto tyto lékaře, v souvislosti se zjišťováním rozsahu plnění, zmocňuji a autorizuji k podávání takových informací a k zasílání zdravotnické dokumentace pojistiteli a zprošťuji je výslovně jejich povinnosti zachovávat mlčenlivost jinak jim uložené. V případě potřeby souhlasím s lékařským vyšetřením mé osoby v rozsahu stanoveném pojistitelem, které bude provedeno odborným zdravotnickým zařízením (lékařem) určeným pojistitelem. Rovněž souhlasím s tím, aby pojistitel vyžadoval a získával potřebné informace v jakékoli pojišťovně, se kterou bylo jednáno o uzavření smlouvy o životním pojištění a / nebo o pojištění mé osoby, a tímto tyto zmocňuji a autorizuji k podávání takových informací. Dále souhlasím s tím, aby pojistitel nahlížel do spisů orgánů státní správy a samosprávy týkajících se událostí, jež by mohly mít za následek vznik pojistné události. Beru na vědomí, že mnou dobrovolně poskytnuté osobní údaje jsou nezbytné pro provedení likvidace oznámené pojistné události. Ve smyslu zákona č. 101/2000 Sb., o ochraně osobních údajů poskytuji pojistiteli (správci) výslovný souhlas se zpracováním osobních údajů obsažených v tomto formuláři nebo jinak poskytnutých v souvislosti s tímto oznámením, včetně citlivých údajů o zdravotním stavu, a to včetně jejich předávání zajišťovně do jiných států. Souhlas poskytuji na celou dobu účinnosti a / nebo platnosti pojistného vztahu a dále na dobu, po kterou je pojistitel povinen údaje uchovávat podle zvláštního právního předpisu, a to vždy za účelem administrace pojistné smlouvy. Prohlašuji, že jsem byl(a) řádně informován(a) o zpracování svých osobních údajů, o svých právech a o povinnostech zpracovatelů údajů.

.....

Datum

.....

Podpis pojištěného

**\* V případě že jste OSVČ je pro vyřízení žádosti nezbytné k vyplněnému formuláři přiložit kopii úplného daňového přiznání včetně příloh (s razítkem finančního úřadu) za předchozí rok. V případě, že jste zaměstnanec, prosím, předejte mzdové účtárně k vyplnění následující část IV.**

### ČÁST IV POTVRZENÍ ZAMĚSTNAVATELE O PRŮMĚRNÉ VÝŠI PŘÍJMU (vyplní mzdová účtárna)

Zaměstnavatel	
	PSČ:
	telefonní číslo:

### POTVRZUJEME

zaměstnanec pan / paní: ..... rodné číslo: .....

• je u nás zaměstnán(a) od: ..... ve funkci: ..... na dobu určitou / neurčitou (nehodící se škrtněte)

• čistý měsíční příjem za zdaňovací období: ..... včetně mimořádných odměn a platů činí Kč: .....

• je práce neschopen ode dne: ..... do: .....

• pobíral(a) během pracovní neschopnosti jiné dávky než nemocenské?  sociální dávky  finanční vyrovnání za ušlou mzdu (zaměstnanecký benefit)

odškodnění za pracovní úraz  jiné

Pokud ano, uveďte částku v Kč: .....

• je se zaměstnancem vedeno jednání o skončení pracovního poměru:  Ano  Ne

**ČÁST V ZPRÁVA OŠETŘUJÍCÍHO LÉKAŘE (pracovní neschopnost)****Případné výdaje spojené s vyplněním tohoto formuláře hradí pojištěný.**

Jméno a příjmení pojištěného(ho):	
Rodné číslo:	

Datum počátku pracovní neschopnosti:	Od:
Pracovní neschopnost ukončena dne: <i>V případě, že pracovní neschopnost stále pokračuje, uveďte předpokládané datum jejího ukončení:</i>	Do: Datum předpokládaného ukončení PN:
Uveďte, prosím, přesnou slovní diagnózu, pro kterou byla pracovní neschopnosti vystavena:	

**Vyplňte v případě nemoci**

Uveďte, prosím, datum, kdy se objevily první potíže onemocnění, které vedlo k pracovní neschopnosti:	Datum:
Byl(a) pojištěný(á) již v minulosti vyšetřován(a) a/nebo léčen(a) pro stejné a/nebo podobné potíže? Resp. bylo pojištěné(mu) již v minulosti diagnostikováno toto onemocnění nebo jemu podobné? <i>Pokud ano, uveďte podrobnosti:</i>	<input type="checkbox"/> Ne <input type="checkbox"/> Ano
Došlo v průběhu pracovní neschopnosti k jiným zdravotním obtížím nebo komplikacím?	
Popište, prosím, stručně dosavadní způsob léčby včetně plánované léčby:	

**Vyplňte v případě úrazu**

Kdy došlo k úrazu?	Datum / hodina:
Co uvedl pojištěný(á) jako příčinu úrazu?	
Uveďte, prosím, slovní diagnózu všech tělesných poškození způsobené úrazem (Ize-li, pak i kód diagnózy podle MKN-10):	
Byl(a) pojištěný(á) v době úrazu pod vlivem alkoholu nebo jiných návykových látek? <i>Pokud ano, uveďte podrobnosti (koncentrace, tělní tekutina a druh NL):</i>	<input type="checkbox"/> Ne <input type="checkbox"/> Ano
Byla úrazem postižená část těla již dříve poškozena jiným úrazem nebo nějakým onemocněním? <i>Pokud ano, uveďte podrobnosti:</i>	
Lze předpokládat, že úraz zanechá trvalé následky? <i>Pokud ano, popište podrobněji:</i>	

**Přiložte fotokopie případných odborných vyšetření, které pojištěný(á) absolvoval(a) v souvislosti s uvedenou pracovní neschopností.**

..... Datum	..... Razítko a podpis ošetřujícího lékaře
----------------	---