

Oznámení pojistné události (zproštění od placení pojistného)



Vyplňte, prosím, tento formulář ve všech příslušných bodech, o vyplnění Části VI požádejte ošetřujícího lékaře, který Vám potvrzení o pracovní neschopnosti vystavil. Vyplněný formulář zašlete na níže uvedenou adresu nejpozději dva měsíce po vzniku plné pracovní neschopnosti. Po ukončení pracovní neschopnosti zašlete neprodleně potvrzení o jejím ukončení. Vyplnění tohoto formuláře neznamena 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	Uveďte druh podnikatelské činnosti:	
<input type="checkbox"/> *OSVČ bez nemocenského pojištění		
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:
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 jakékoliv zaměstnání?	Ne <input type="checkbox"/> Ano <input type="checkbox"/> Uveďte podrobnosti:

ČÁST III PROHLÁŠENÍ POJISTNÍKA (vyplňuje se jen je-li pojistník odlišný od pojištěného)

Já, níže podepsaný(á), tímto prohlašuji, že beru na vědomí Oznámení pojistné události z připojištění pro případ plné pracovní neschopnosti pojištěného (pojistník je v tomto případě oprávněnou osobou pro plnění z tohoto připojištění).

.....
Datum

.....
Podpis pojistníka

ČÁST IV PROHLÁŠENÍ POJIŠTĚNÉHO

Já, níže podepsaný(á), tímto 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 výplatu pojistného plnění. Beru na vědomí svoji povinnost danou Všeobecnými pojistnými podmínkami, Zvláštními pojistnými podmínkami a případně Zvláštními smluvními ujednáními, po ukončení pracovní neschopnosti tuto skutečnost bez zbytečného prodlení písemně nahlásit pojistiteli formou určenou pojistitelem.

Souhlasím výslovně s tím a zmocňuji pojistitele k tomu, aby vyžadoval, získával, přebíral a zpracovával lékařské informace a zdravotnickou dokumentaci od kteréhokoliv 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 zaslání 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 události, jež by mohly mít za následek vznik pojistné události. Beru na vědomí, že oprávněnou osobou pro plnění z tohoto připojištění (ZPPN) j 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 poskytují 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 zajišťitelům 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

ČÁST V POTVRZENÍ ZAMĚSTNAVATELE (vyplní zaměstnavatel)

Zaměstnavatel:	
	PSČ:
	telefonní číslo:
Byl(a) pojištěný(á) v průběhu posledních 3 měsíců nepřetržitě praceneschopný? <i>Pokud ano, uveďte datum posledního odpracovaného dne:</i>	Ne <input type="checkbox"/> Ano <input type="checkbox"/>
Bylo Vám doručeno potvrzení o pracovní neschopnosti? <i>Pokud ano, uveďte datum:</i>	Ne <input type="checkbox"/> Ano <input type="checkbox"/>
..... Datum Razítko a podpis zaměstnavatele

ČÁST VI 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
----------------	---