

## 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
4. Oznámení spolu s dalšími dokumenty zašlete na adresu: **Komerční pojišťovna, a.s., Palackého 53, 586 01 Jihlava.**
5. Identifikaci si 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) <sup>1)</sup> :	
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:	
OSVČ <input type="checkbox"/> odhlášená / <input type="checkbox"/> neodhlášená z nemocenského pojištění	
Jste profesionální sportovec? <input type="checkbox"/> Ano <input type="checkbox"/> Ne	
Přesná adresa pobytu v době pracovní neschopnosti (je-li odlišná od korespondenční):	

**PŘILOŽENÉ DOKUMENTY**

- Potvrzení zaměstnavatele o pracovním poměru (alespoň za 3 měsíce zpětně) - **KP Potvrzení zaměstnavatele o pracovním poměru**
- Úplný výpis přiznání 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
- Lékařská zpráva z prvního ošetření úrazu a zprávu ze šetření okolností úrazu policií
- Kopie pracovní smlouvy včetně dodatků
- Jiné

**ÚDAJE PRO VÝPLATU POJISTNÉHO PLNĚNÍ**

Pojistné plnění bude poukázáno společnosti **Essox, s.r.o.** v souladu s pojistnými podmínkami tohoto pojištění.

**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 mohou mít vliv na poskytnuté pojistné plnění pojišťovny.

**Pojistitel si vyhrazuje právo na možnost získání dalších dokumentů nezbytných pro vyřízení nároků vyplývajících z pojistné smlouvy.**

Odesláním oznámení pojistné události e-mailem beru na vědomí, že se jedná o nezabezpečený komunikační kanál a odpovědnost za zaslání osobní údaje přebíráme až jejich přijetím na náš poštovní server.

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.

Současně potvrzuji, že mi byly poskytnuty a jsou mi známi 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 internetových stránkách [www.kb-pojistovna.cz](http://www.kb-pojistovna.cz).

Souhlasím, aby pojistitel, 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 pojistitele, 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.

Dále **souhlasím / nesouhlasím\*** s aktualizací osobních údajů (zejména e-mailové adresy, telefonního kontaktu, korespondenční nebo trvalé adresy), které o mně nebo pojištěných osobách pojistitel 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)

- 1) vyplní se datum narození, nebylo-li rodné číslo v ČR přiděleno
- 2) pokud jste politicky exponovanou osobou, je nutné doložit formulář „Čestné prohlášení o PEP“
- 3) uveďte Povolení k pobytu, pas, Řidičský průkaz, atp.
- 4) totožnost pojistníka/ pojištěného/ zákonného zástupce / 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 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.

PŘÍČINA PRACOVNÍ NESCHOPNOSTI		
<b>Lékař potvrzuje, že pojištěný</b>		
Rodné číslo (není-li, vyplňte datum narození):		
Jméno a příjmení:		
<input type="checkbox"/> byl v pracovní neschopnosti <input type="checkbox"/> je v pracovní neschopnosti a pracovní neschopnost nadále trvá		
<b>Pojištěný je práce neschopen od:</b>		
<b>Diagnóza</b> (číselně dle Mezinárodní klasifikace nemocí a slovně):		
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:  _ _ / _ _ / _ _ _ _		
TRVÁNÍ PRACOVNÍ NESCHOPNOSTI		
Změna diagnózy:		
Uveďte datum změny diagnózy:  _ _ / _ _ / _ _ _ _		
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: