

Oznámení pojistné události – PRACOVNÍ NESCHOPNOST

Pokyny pro vyplnění formuláře:

1. Vyplňte formulář ve všech bodech. U políček s možností volby označte platnou odpověď křížkem.
2. V případě nejasností při vyplňování formuláře nás můžete kontaktovat na **bezplatné informační lince Klientského servisu 800 10 66 10**.
3. Oznámení zašlete doporučeně na adresu: **ESOX s.r.o., F. A. Gerstnera 52, 370 01 České Budějovice**.
4. K žádosti dále přiložte:
 - v případě hospitalizace kopii konečné Propouštěcí zprávy
 - pokud byla událost šetřena Policií ČR či jiného státu, přiložte rovněž policejní protokol nebo jiný doklad o výsledku policejního vyšetřování
 - Zaměstnanec – Potvrzení zaměstnavatele o pracovním poměru na formuláři Komerční pojišťovny
 - OSVČ – kopii živnostenského listu nebo jiného dokladu, prokazujícího provozovat podnikatelskou činnost

Bez kompletního vyplnění formuláře nelze zahájit šetření pojistné události a podstatně se prodlouží doba likvidace. Pojistitel je oprávněn ověřit si veškeré informace k hlášené pojistné události.

Vyplní pojištěný

ÚDAJE O POJIŠTĚNÉM		
Příjmení a jméno pojištěného:		Rodné číslo (není li, uveďte datum narození):
Místo narození:	Pohlaví: <input type="checkbox"/> muž <input type="checkbox"/> žena	
Státní občanství:	Forma pobytu: <input type="checkbox"/> trvalý <input type="checkbox"/> jiný	
Adresa trvalého bydliště vč. PSČ a státu:		
Korespondenční adresa (liší-li se od adresy trvalého bydliště):		
Číslo průkazu totožnosti:	Druh: občanský průkaz <input type="checkbox"/> pas <input type="checkbox"/> jiný doklad:	
Orgán, který průkaz totožnosti vydal:		
Platnost průkazu od <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/> do <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>		
Email:		Telefon:
<input type="checkbox"/> Zaměstnanec Přiložte Potvrzení zaměstnavatele na našem formuláři	Zaměstnavatel (název, adresa):	Zaměstnán jako:
<input type="checkbox"/> OSVČ účastna dobrovolného nemocenského pojištění	<input type="checkbox"/> OSVČ neúčastna dobrovolného nemocenského pojištění	Obor podnikatelské činnosti: (přiložte kopii živnostenského listu nebo jiného dokladu o podnikání)
Pobírám invalidní důchod ano <input type="checkbox"/> ode dne <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/> pro invaliditu I. stupně <input type="checkbox"/> II. stupně <input type="checkbox"/> III. stupně <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/>		

ÚDAJE O POJISTNÉ SMLOUVĚ	
Číslo pojistné smlouvy/smluv:	Datum splatnosti splátky:
<p>Pojistné plnění bude poukázáno společnosti ESSOX s.r.o. Pojistné plnění je vypláceno, pokud splatnost splátky připadá na dobu trvání pracovní neschopnosti po uplynutí karenční doby.</p>	

PROHLÁŠENÍ A ZMOCNĚNÍ

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 v souladu s občanským zákoníkem sama nebo prostřednictvím pověřeného lékaře získávala údaje o mém zdravotním stavu, včetně jakékoliv zdravotnické dokumentace, od mého lékaře, zdravotní pojišťovny či jakéhokoli orgánu veřejné moci. 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, pořizovala 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.

V _____ dne _____
Podpis pojištěného / zákonného zástupce

V _____ dne _____
Podpis zástupce ESSOX s.r.o.

Potvrzení lékaře – Pracovní neschopnost

ÚDAJE O POJIŠTĚNÉM	
Příjmení a jméno pojištěného:	Rodné číslo (není li, uveďte datum narození):
Číslo pojistné smlouvy/smluv:	
Lékař potvrzuje, že pojištěný je/byl práce neschopen od: ____/____/____	
<input type="checkbox"/> byl v pracovní neschopnosti do: ____/____/____	
<input type="checkbox"/> pracovní neschopnost nadále trvá	
Diagnóza (číselně dle Mezinárodní klasifikace nemocí a slovně):	
Úraz: <input type="checkbox"/> pracovní <input type="checkbox"/> při dopravní nehodě (přiložte Policejní protokol) <input type="checkbox"/> zaviněný jinou osobou <input type="checkbox"/> ostatní	Nemoc z povolání ano <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> Podezření z vlivu alkoholu ano <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/>
Léčil se pacient již dříve pro toto onemocnění? ne <input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> diagnostikováno poprvé: ____/____/____	
Pokud ano, uveďte datum: od ____/____/____ do ____/____/____	
Vycházky ano <input type="checkbox"/> od – do (časové rozmezí) ne <input type="checkbox"/>	Hospitalizace ano <input type="checkbox"/> od – do (přiložte kopii konečné Propouštěcí zprávy) ne <input type="checkbox"/>
Poznámky lékaře o průběhu léčby:	
Změna diagnózy v průběhu pracovní neschopnosti (uveďte, zda se jedná o novou nebo přidruženou diagnózu a datum změny):	
Bylo započato řízení o přiznání invalidity? ne <input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> zahájeno ____/____/____	
Datum vystavení:	Příští kontrola dne:
Razítko a podpis lékaře:	

Následující část vyplňuje lékař pouze v případě ukončení dlouhodobé pracovní neschopnosti.

UKONČENÍ PRACOVNÍ NESCHOPNOSTI		
Práce schopen od:	Datum vystavení:	Razítko a podpis lékaře:

Toto potvrzení si nechte potvrdit svým ošetřujícím lékařem a zašlete jej společnosti ESSOX s.r.o. co nejdříve. Potvrzení nemůže vystavit lékař, který je vůči Vám osobou blízkou (manžel, matka apod.).

Trvání pracovní neschopnosti je nutné dokládat vždy nejméně 1x měsíčně na adresu ESSOX s.r.o. Případné náklady na potvrzení formuláře lékařem nese pojištěný.

Číslo pojistné smlouvy

POTVRZENÍ ZAMĚSTNAVATELE o pracovním poměru

Potvrzujeme, že

Pan/Paní: _____

Rodné číslo: _____

Adresa trvalého bydliště: _____

je zaměstnancem

Název společnosti: _____ IČ: _____

Sídlo zaměstnavatele: _____

Název pozice: _____

Pracovní poměr je na dobu neurčitou určitou

Pracovní poměr je sjednán od ____/____/____ do¹ ____/____/____

Prohlašujeme, že uvedený zaměstnanec:

nedal do dnešního dne výpověď pracovní smlouvy, ani mu nebyla výpověď dána ze strany zaměstnavatele a není u nás vedeno jednání o skončení jeho pracovního poměru

je ve výpovědní lhůtě datum ukončení pracovního poměru ____/____/____

V _____ Dne _____

Vystavil/a _____ Telefon _____

Razítko a podpis zaměstnavatele

¹ Vyplňte v případě pracovního poměru na dobu určitou.