

Oznámení pojistné události – Pracovní neschopnost

Pokyny pro vyplnění formuláře:

- Vyplňte formulář ve všech bodech. Nezapomeňte vyplnit číslo pojistné smlouvy. U políček s možností volby označte platnou odpověď křížkem.
- V případě jakýchkoli nejasností při vyplňování formuláře nás můžete kontaktovat na bezplatné informační lince Klientského servisu 800 10 66 10 nebo se můžete obrátit na svého poradce.
- **Oznámení zašlete doporučeně na adresu: Komerční pojišťovna, a. s., Palackého 53, 586 01 Jihlava**
- Pojistné plnění lze vyplatit vždy pouze na jednu adresu nebo na jeden bankovní účet (není možné plnění zasílat na více adres či účtů).
- Pokud během trvání pracovní neschopnosti dojde ke změně vašich osobních údajů, povolání nebo údajů pro výplatu pojistného plnění, informujte nás o změně prostřednictvím tohoto formuláře.
- Pro trvání pracovní neschopnosti postačí doložit pouze Potvrzení lékaře, viz strana 3. Toto potvrzení nám zasílejte alespoň 1x měsíčně na výše uvedenou adresu v případě, že chcete vyplácet zálohy plnění.

K žádosti dále přiložte:

- Zaměstnanec: potvrzení zaměstnavatele o pracovním poměru a příjmu **KP – Potvrzení zaměstnavatele** (postačí vyplnit při prvním oznámení události, pro průběžné dokládání pracovní neschopnosti není nutné opakovaně doplňovat).
- OSVČ: **úplný výpis příznání k dani z příjmů** za předchozí zdaňovací období, vydaný a ověřený (otiskem razítka) příslušným finančním úřadem, dále také kopii živnostenského listu nebo jiného dokladu prokazujícího oprávnění provozovat podnikatelskou činnost (postačí vyplnit při prvním oznámení události, při průběžném doložení trvání již neuvádějte).
- Pokud byl úraz šetřen PČR, nutné doložit lékařskou zprávu z prvního ošetření úrazu a zprávu ze šetření okolností úrazu PČR.
- V případě hospitalizace je nutné doložit také propouštěcí zprávu.

| ÚDAJE O POJIŠTĚNÉM | | | |
|---|--------------------------|---|-------------------------------|
| Příjmení a jméno: | | Rodné číslo (není-li, uveďte datum narození): | |
| Místo narození: | | | |
| Stát 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 včetně státu: | | | |
| Korespondenční adresa (liší-li se od adresy trvalého bydliště): | | | |
| Číslo průkazu totožnosti: | Druh průkazu totožnosti: | <input type="checkbox"/> Pas | <input type="checkbox"/> Jiný |
| Orgán, který průkaz totožnosti vydal: | | E-mail: | |
| Platnost průkazu od __ _ / __ _ / __ _ _ _ do __ _ / __ _ / __ _ _ _ | | Telefon: | |
| <input type="checkbox"/> Zaměstnanec - popis pozice: (nezapomeňte přiložit dokument KP – potvrzení zaměstnavatele) | | <input type="checkbox"/> OSVČ – obor podnikatelské činnosti: OSVČ <input type="checkbox"/> odhlášená / <input type="checkbox"/> 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? Pokud ano, ve kterém sportu, v jaké soutěži? | | <input type="checkbox"/> Ano | <input type="checkbox"/> Ne |
| Pokud jste registrovaný sportovec, provozujete registrovaný sport aktivně? | | <input type="checkbox"/> Ano | <input type="checkbox"/> Ne |
| Přesná adresa pobytu v době pracovní neschopnosti (je-li odlišná od korespondenční): | | | |

Číslo pojistné smlouvy



ÚDAJE O POJIŠTĚNÍ U OSTATNÍCH POJIŠŤOVEN

Máte již sjednáno nebo v současné době sjednáváte pojištění nebo připojištění pracovní neschopnosti (doplňkové pojištění denních dávek při pracovní neschopnosti)? Jestliže „ano“, uveďte pojistné částky a všechny pojišťovny.
***) není-li v kolonce místo na odpověď, uveďte prosím údaje do přílohy

| | | | | |
|--|--|--------------------|------------------|------------------|
| Pojištění pro případ pracovní neschopnosti | <input type="checkbox"/> Ano <input type="checkbox"/> Ne | Pojišťovna (název) | Denní dávka v Kč | rok sjednání *** |
|--|--|--------------------|------------------|------------------|

ÚDAJE PRO VÝPLATU POJISTNÉHO PLNĚNÍ žádám o výplatu záloh plnění

Žádám o výplatu pojistného plnění z výše uvedené pojistné smlouvy. Pojistné plnění poukažte:

- převodem na existující smlouvu (uveďte číslo smlouvy):
- na běžný účet (pojistné plnění nelze převádět na termínovaný nebo spořicí účet), účet musí být veden na území České republiky:
Číslo účtu / kód banky:

Jedná se o účet, jehož jste oprávněným vlastníkem? Pokud ne, uveďte prosím vlastníka účtu a vztah Ano Ne
pojištěného / zákonného zástupce k němu:
- na adresu (uveďte jméno, příjmení, ulice, číslo orientační a popisné, PSČ, obec), adresa musí být na území ČR (Jedná-li se o jinou než trvalou či korespondenční adresu, uveďte prosím důvod zaslání právě na tuto adresu)

PROHLÁŠENÍ A ZMOCNĚNÍ

Prohlašuji, že jsem byl seznámen/a s definicí politicky exponované osoby ve smyslu zákona č. 253/2008 Sb., a že
 jsem * nejsem politicky exponovanou osobou nebo jejich osobou blízkou.

Žádám o plnění z pojistné události a prohlašuji, že všechny údaje v tomto Oznamení jsem uvedl/a úplně a pravdivě. Jsem si vědom/a, že neúplné a nesprávné odpovědi mají vliv na plnění pojišťovny. Souhlasím s tím, aby si pojišťovna vyžádala o mém léčení a zdravotním stavu veškerou potřebnou dokumentaci. V souladu se zněním zákona č. 101/2000 Sb., o ochraně osobních údajů, v platném znění (dále jen zákon), uděluji pojistiteli jako správci souhlas se zpracováním osobních a citlivých údajů o mé osobě, které jsou uvedeny v pojistné smlouvě, či které správce získal v souvislosti s plněním práv a povinností obsažených ve smlouvě. Současně uděluji tento souhlas i zpracovateli, se kterým pojistitel uzavřel smlouvu. Dále souhlasím s předáváním mých osobních údajů do jiných států v rámci zajišťovací činnosti. Tento souhlas uděluji na celou dobu existence vzájemných závazků vyplývajících nebo souvisejících s pojistnou smlouvou. Prohlašuji, že osobní údaje poskytnuté ke zpracování jsou pravdivé a přesné. Jakoukoliv jejich změnu se zavazuji sdělit pojistiteli bez zbytečného odkladu.

Datum _____ Podpis pojištěného _____

Totožnost žadatele byla ověřena dle občanského průkazu resp. cestovního pasu.

Jméno a příjmení zástupce pojišťovny _____ Podpis zástupce pojišťovny _____

Název společnosti Kód prodejce Číslo registrace ČNB Telefon

* pokud je vaše odpověď kladná, zašlete nám také vyplněný dokument **Čestné prohlášení politicky exponovaná osoba**

Číslo pojistné smlouvy



Potvrzení lékaře – Pracovní neschopnost

Vyplní ošetřující lékař, u kterého máte vystavenou pracovní neschopnost

| PŘÍČINA PRACOVNÍ NESCHOPNOSTI | | |
|---|--|---|
| Lékař potvrzuje, že pojištěný | | |
| 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 | | |
| Pojištěný je práce neschopen od: | | |
| Diagnóza (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: ____/____/____ | | |
| Vycházky <input type="checkbox"/> Ano <input type="checkbox"/> Ne | od – do (časové rozmezí) | Hospitalizace <input type="checkbox"/> Ano <input type="checkbox"/> Ne |
| (v případě hospitalizace je nutné doložit propouštěcí zprávu) | | |
| 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: |