ČSOB Pojišťovna

ČSOB Pojišťovna, a. s., člen holdingu ČSOB
Masarykovo náměstí 1458, Zelené Předměstí
530 02 Pardubice, Česká republika
tel.: **466 100 777**, fax: 467 007 444
www.csobpoj.cz, e-mail: **PU-zivot@csobpoj.cz**

1 milion klientů **pod naší ochranou**

Životní pojištění

Oznámení pojistné události
Pracovní neschopnost

Jak postupovat při oznámení pojistné události

1. Pojistnou událost nám oznamte do 7 dnů od uplynutí limitu plnění sjednaného v pojistné smlouvě.
2. Vyberte si a zaškrtněte jednu z následujících variant:
   - ☐ **JEDNORÁZOVÁ VÝPLATA** – Výplatu obdržíte po skončení Vaší pracovní neschopnosti.
     Pojistnou událost nám oznamte zasláním kompletně vyplněného **formuláře Oznámení pojistné události – Pracovní neschopnost**. **Formulář Lékařská zpráva** nám doložte až **po ukončení** pracovní neschopnosti.
   - ☐ **PRAVIDELNÁ VÝPLATA** – Pojistné plnění budete dostávat pravidelně v průběhu Vašeho léčení.
     Pojistnou událost nám oznamte zasláním kompletně vyplněného **formuláře Oznámení pojistné události – Pracovní neschopnost** spolu s formulářem Lékařská zpráva. **Lékařskou zprávu** nám pak dokládejte **každý měsíc** trvání pracovní neschopnosti.
   - ℹ Vyplnění lékařské zprávy bývá zpoplatněno. Pojistitel tyto náklady neproplácí.
3. V případě, že máte vystavenou **tzv. neschopenku**, doložte nám její kopii.
4. A to je vše. Teď už stačí požadované podklady zaslat na **PU-zivot@csobpoj.cz** nebo na adresu uvedenou v záhlaví formuláře.
5. Pokud vyhodnotíme, že k vyřízení Vaší pojistné události potřebujeme doplňující podklady, budeme Vás kontaktovat.

Pojistné smlouvy, ze kterých uplatňujete nárok na pojistné plnění

č.	č.	č. .....

Pojištěný - osoba, která je v pracovní neschopnosti

Jméno	Příjmení	Rodné číslo	Zdravotní pojišťovna

Adresa bydliště (ulice, č.p., obec)	PSČ	Telefon
Korespondenční adresa (ulice, č.p., obec)	PSČ	E-mail

Místo narození	Stát místa narození, pokud je jiný než ČR	Stát trvalého pobytu, pokud je jiný než ČR

Průkaz totožnosti, podle kterého byly ověřeny údaje a podoba identifikované osoby

☐ Občanský průkaz ☐ Cestovní pas ☐ Jiný doklad:

Číslo průkazu totožnosti	Vydáno (stát, popř. orgán)	Platnost průkazu totožnosti do

Státní občanství	**Politicky exponovaná osoba** Pokud ANO, uveďte statut politicky exponované osoby a v jakých obdobích.
☐ ČR ☐ Jiné:	☐ ANO

V době bezprostředně předcházející vzniku pracovní neschopnosti jste byl/a:

☐ zaměstnanec	Adresa zaměstnavatele (ulice, č. p., obec, PSČ)	Povolání
☐ OSVČ aktivně vykonávající výdělečnou činnost	Adresa místa podnikání (ulice, č. p., obec, PSČ)	IČO Převažující druh činnosti
☐ Bez zaměstnání nebo bez aktivního výkonu samostatné výdělečné činnosti		

CSOBP09900000000

Oznamovatel – osoba, která oznamuje pojistnou událost (vyplňte pouze, je-li oznamovatel odlišný od pojištěného)

☐ Zástupce na základě plné moci ☐ Jiné:

Jméno	Příjmení	Rodné číslo	Datum narození (jen u cizích st. přísl.)

Adresa bydliště (ulice, č. p., obec)	PSČ	Telefon
Korespondenční adresa (ulice, č.p., obec)	PSČ	E-mail

Pohlaví	Místo narození	Stát místa narození, pokud je jiný než ČR	Stát trvalého pobytu, pokud je jiný než ČR
☐ muž ☐ žena			

Průkaz totožnosti, podle kterého byly ověřeny údaje a podoba identifikované osoby

☐ Občanský průkaz ☐ Cestovní pas ☐ Jiný doklad:

Číslo průkazu totožnosti	Vydáno (stát, popř. orgán)	Platnost průkazu totožnosti do

Státní občanství	**Politicky exponovaná osoba** Pokud ANO, uveďte statut politicky exponované osoby a v jakých obdobích.
☐ ČR ☐ Jiné:	☐ ANO

11 Z 2908

Výplata pojistného plnění

☐	Plnění poukažte na účet	Číslo účtu	Kód banky
☐	Plnění poukažte na adresu	☐ Adresa bydliště ☐ Korespondenční adresa	Jiná adresa (ulice, č.p., obec, PSČ) ☐

Důvod pracovní neschopnosti

Datum prvního dne pracovní neschopnosti:	Pracovní neschopnost dosud trvá? ☐ **NE**	Pokud NE, uveďte datum posledního dne. ☐ **ANO**
Jméno a adresa lékaře nebo zdravotnického zařízení, které poskytlo první ošetření		Datum
Jméno a adresa lékaře nebo zdravotnického zařízení, které vystavilo doklad o pracovní neschopnosti		Datum
Jméno a adresa praktického lékaře		

Nemoc ☐

Uveďte, o jakou nemoc se jedná.		
Jedná se o nemoc z povolání?	☐ **NE** ☐ **ANO**	
Léčil/a jste se v minulosti s tímto onemocněním nebo touto částí těla?	☐ **NE** ☐ **ANO**	Pokud ANO, uveďte kdy.

Úraz ☐

Kdy a kde k úrazu došlo?	Datum / Čas / Místo	
Podrobný popis průběhu a okolností vzniku úrazu:		
Jaká část těla byla poraněna?		
Byla poraněná část těla již v minulosti zasažena úrazem nebo nemocí?	☐ **NE** ☐ **ANO**	Pokud ANO, uveďte jak a kdy.
Došlo k úrazu při sportu?	☐ **NE** ☐ **ANO**	Druh sportu:
Pokud ANO, jednalo se o výkon profesionálního sportu?	☐ **NE** ☐ **ANO**	Organizace:
Došlo k úrazu při výkonu povolání?	☐ **NE** ☐ **ANO**	Pokud ANO, doložte záznam o pracovním úrazu.
Došlo k úrazu při dopravní nehodě?	☐ **NE** ☐ **ANO**	
Vyšetřovala okolnosti úrazu policie?	☐ **NE** ☐ **ANO**	Pokud ANO, doložte rozhodnutí v dané věci.

V případech, kdy je pracovní neschopnost delší, než je pro danou diagnózu obvyklé (vzhledem k standardu léčení dané diagnózy) a tato délka není v doručené zdravotnické dokumentaci odůvodněna, stanovuje konečný počet dní pojistitel ve spolupráci se smluvním lékařem.

Doplňující informace

Uplatnil/a jste nárok na pojistné plnění ze stejného důvodu i u jiné pojišťovny?	☐ **NE** ☐ **ANO**	Pokud ANO, uveďte název pojišťovny.
Vykonával/a jste výdělečnou činnost v době pracovní neschopnosti?	☐ **NE** ☐ **ANO**	

Nezapomeňte, prosím, požádat svého ošetřujícího lékaře o vyplnění formuláře **Lékařská zpráva**.

Prohlášení, souhlasy, plná moc

Prohlášení pojištěného:
Prohlašuji, že veškeré mnou poskytnuté informace o vzniku a rozsahu následků události, s níž spojuji požadavek na poskytnutí pojistného plnění, jsou pravdivé. Dále prohlašuji, že veškeré mé odpovědi na položené dotazy pojistitele uvedené v tomto oznámení jsou pravdivé a úplné a jsem si vědom důsledků poskytnutí vědomě neúplných nebo nepravdivých odpovědí na povinnost pojistitele plnit.

Prohlašuji, že:
a) jsem byl v souladu s ustanovením čl. 13 a čl. 14 Nařízení Evropského parlamentu a Rady (EU) č. 2016/679 ze dne 27. dubna 2016 o ochraně fyzických osob v souvislosti se zpracováním osobních údajů a o volném pohybu těchto údajů a o zrušení směrnice 95/46/ES (obecné nařízení o ochraně osobních údajů) (dále jen **„GDPR“**), pojistitelem řádně a detailně (co do vysvětlení obsahu a významu všech jejich jednotlivých ustanovení) seznámen s Informacemi o zpracování osobních údajů (tzv. Informačním memorandem);
b) beru na vědomí a jsem srozuměn s informací pojistitele o tom, že Informační memorandum je a bude k dispozici na webových stránkách pojistitele na adrese **www.csobpoj.cz** nebo na kterémkoliv obchodním místě pojistitele;
c) před podáním tohoto oznámení jsem měl možnost se seznámit s Informačním memorandem a pro zodpovězení všech mých případných dotazů k Informačnímu memorandu jsem měl možnost obrátit se na pojistitele.

Souhlasy pojištěného:
Zaškrtnutím souhlasím

☐ V souladu s ustanovením čl. 9 **GDPR**, souhlasím, aby údaje o mém zdravotním stavu nebo zdravotním stavu zastoupeného byly pojistitelem a také smluvním zajistitelem pojistitele zpracovávány pro potřebu šetření pojistné události a v rámci činnosti v pojišťovnictví nebo zajišťovací činnosti podle zákona č. 277/2009 Sb., o pojišťovnictví, ve znění pozdějších předpisů, a to po dobu nezbytně nutnou k zajištění práv a povinností plynoucích ze závazkového vztahu.

V souladu s ustanovením § 2828 zákona č. 89/2012 Sb., občanského zákoníku, ve znění pozdějších předpisů, uděluji pojistiteli souhlas se získáváním údajů o mém zdravotním stavu nebo zdravotním stavu zastoupeného, se zjišťováním a přezkoumáváním mého zdravotního stavu nebo zdravotního stavu zastoupeného nebo příčiny mé smrti nebo příčiny smrti zastoupeného, a to od ošetřujících lékařů a zdravotnických zařízení, jsou-li pro to důvody související se šetřením pojistné události, nebo právem účastníka pojištění na zproštění od placení pojistného.

Beru na vědomí, že udělení souhlasu je dobrovolné a že jej mohu kdykoli odvolat. Dále beru na vědomí, že odvolání nebo neudělení souhlasu se zpracováním údajů o zdravotním stavu může vést ke ztížení šetření pojistné události nebo toto šetření pojistitele znemožnit. V takovém případě nebude pojistitel moci buď v plném rozsahu, nebo zcela poskytnout pojistné plnění.

Prohlašuji a svým podpisem níže stvrzuji, že v souladu s ustanovením § 128 odst. 1 zákona č. 277/2009 Sb., o pojišťovnictví, ve znění pozdějších předpisů, uděluji pojistiteli souhlas s poskytnutím informací týkajících se pojištění:
– členům skupiny ČSOB, jejichž seznam je uveden na internetových stránkách **www.csob.cz/skupina**, a
– ostatním subjektům podnikajícím v pojišťovnictví a zájmovým sdružením či korporacím těchto subjektů.

Souhlasím s tím, aby právní či jiná jednání pojistitele ve věci pojistné události (např. oznámení pojistitele, jeho žádosti nebo jeho jiná sdělení) byla činěna prostřednictvím uvedených prostředků elektronické komunikace (e-mailu, telefonu). To platí i pro případ, kdy jednání pojistitele bude obsahovat údaje o mém zdravotním stavu nebo zdravotním stavu zastoupeného.

Plná moc pojištěného:
V souladu s občanským zákoníkem svým níže uvedeným podpisem uděluji pojistiteli plnou moc k tomu, aby ve věcech souvisejících s pojištěními sjednanými pojistnou smlouvou, zejména v případě pojistné události, jednal mým jménem, zastupoval mě a požadoval nezbytné informace od orgánů veřejné moci (např. policie, správních orgánů) nebo třetích osob (např. zdravotních pojišťoven), včetně možnosti nahlížet do spisů a pořizovat z nich výpisy či opisy.

Prohlášení oznamovatele:
Prohlašuji, že veškeré mnou poskytnuté informace o vzniku a rozsahu následků události, s níž spojuji požadavek na poskytnutí pojistného plnění, jsou pravdivé. Dále prohlašuji, že veškeré mé odpovědi na položené dotazy pojistitele uvedené v tomto oznámení jsou pravdivé a úplné a jsem si vědom důsledků poskytnutí vědomě neúplných nebo nepravdivých odpovědí na povinnost pojistitele plnit.

Dále prohlašuji, že v souladu s plnou mocí, která mně byla oprávněnou osobou nebo jejím zákonným zástupcem udělena, jsem oprávněn jejím jménem žádat ošetřující lékaře o poskytnutí údajů o jejím zdravotním stavu a léčení včetně potřebné zdravotnické dokumentace. Zároveň přikládám plnou moc s úředně ověřenými podpisy nebo její ověřenou kopii.

Prohlašuji, že:
a) jsem byl v souladu s ustanovením čl. 13 a čl. 14 **GDPR** pojistitelem řádně a detailně (co do vysvětlení obsahu a významu všech jejich jednotlivých ustanovení) seznámen s Informacemi o zpracování osobních údajů (tzv. Informačním memorandem);
b) beru na vědomí a jsem srozuměn s informací pojistitele o tom, že Informační memorandum je a bude k dispozici na webových stránkách pojistitele na adrese **www.csobpoj.cz** nebo na kterémkoliv obchodním místě pojistitele;
c) před podáním tohoto oznámení jsem měl možnost se seznámit s Informačním memorandem a pro zodpovězení všech mých případných dotazů k Informačnímu memorandu jsem měl možnost obrátit se na pojistitele.

Souhlasy oznamovatele:
Prohlašuji a svým podpisem níže stvrzuji, že v souladu s ustanovením § 128 odst. 1 zákona č. 277/2009 Sb., o pojišťovnictví, ve znění pozdějších předpisů, uděluji pojistiteli souhlas s poskytnutím informací týkajících se pojištění:
– členům skupiny ČSOB, jejichž seznam je uveden na internetových stránkách **www.csob.cz/skupina**, a
– ostatním subjektům podnikajícím v pojišťovnictví a zájmovým sdružením či korporacím těchto subjektů.

Souhlasím s tím, aby právní či jiná jednání pojistitele ve věci pojistné události (např. oznámení pojistitele, jeho žádosti nebo jeho jiná sdělení) byla činěna prostřednictvím uvedených prostředků elektronické komunikace (e-mailu, telefonu). To platí i pro případ, kdy jednání pojistitele bude obsahovat údaje o zdravotním stavu pojištěného.

V ..... dne .....

....
Podpis pojištěného Podpis oznamovatele

Pokud předpokládáte, že výše pojistného plnění přesáhne korunový ekvivalent částky 1 000 euro nebo jste politicky exponovaná osoba, kontaktujte, prosím, svého pojišťovacího zprostředkovatele nebo navštivte nejbližší pobočku za účelem provedení identifikace příjemce pojistného plnění.

Prohlášení pojišťovacího zprostředkovatele (osoby pověřené pojistitelem k provedení identifikace příjemce pojistného plnění):
Prohlašuji, že jsem v souladu se zákonem č. 253/2008 Sb., o některých opatřeních proti legalizaci výnosů z trestné činnosti a financování terorismu, ve znění pozdějších předpisů, zaznamenal a ověřil identifikační údaje příjemce pojistného plnění z výše uvedeného průkazu totožnosti a ověřil shodu podoby této osoby s vyobrazením v průkazu totožnosti, který je na tomto formuláři uveden.

.....	.....
Jméno a příjmení pojišťovacího zprostředkovatele	Datum a místo
.....	.....
HEČ, OEČ/osobní číslo/IČO	Razítko a podpis pojišťovacího zprostředkovatele

ČSOB Pojišťovna, a. s., člen holdingu ČSOB
Masarykovo náměstí 1458, Zelené Předměstí
530 02 Pardubice, Česká republika
tel.: **466 100 777**, fax: 467 007 444
www.csobpoj.cz, e-mail: **PU-zivot@csobpoj.cz**

1 milion klientů **pod naší ochranou**

Životní pojištění

Lékařská zpráva

Pracovní neschopnost

Číslo pojistné události

Osobní údaje pojištěného

Jméno a příjmení	Rodné číslo

Údaje o pracovní neschopnosti

Datum vzniku úrazu nebo nemoci vedoucí k pracovní neschopnosti:

Datum prvního dne pracovní neschopnosti:	Pracovní neschopnost dosud trvá? ☐ **NE** ☐ **ANO** (Pokud NE, uveďte datum posledního dne.)

Důvod pracovní neschopnosti, rozhodná příčina a DG (dle MKN) vedoucí k pracovní neschopnosti.

Číslo DG	

V případě léčení více diagnóz v rámci jedné pracovní neschopnosti uveďte výčet DG včetně konečné DG a délku léčení pro jednotlivé DG.

Číslo DG	od	do	Průběh a způsob léčby jednotlivých DG včetně rehabilitace.

V případě gravidity uveďte týden těhotenství k datu vzniku pojistné události.	Byl pojištěný v minulosti pro stejnou příčinu léčen? Pokud ANO, uveďte kdy (od-do).	Byl pojištěný v minulosti pro stejnou DG v pracovní neschopnosti? Pokud ANO, uveďte kdy (od-do).

Datum poslední kontroly:	Datum příští plánované kontroly pokud pracovní neschopnost trvá:

Vycházky: ☐ **NE** ☐ **ANO**	od	do	od	do

Byl pojištěný hospitalizován? ☐ **NE** ☐ **ANO**	Pokud ANO, uveďte kdy, kde a z jakého důvodu. Přiložte propouštěcí zprávu.

Byl porušen léčebný režim? ☐ **NE** ☐ **ANO**

Prohlášení

Potvrzuji, že se údaje v lékařské zprávě týkají pojištěného uvedeného v tiskopisu.
Prohlašuji, že všechny mé odpovědi na písemně položené dotazy pojistitele uvedené v tomto tiskopisu jsou pravdivé a úplné.

V ..... dne ....
Razítko a podpis lékaře