


## Oznámení pojistné události Pracovní neschopnost

### Jak postupovat při oznámení pojistné události

- Pojistnou událost nám oznámte do 7 dnů od uplynutí limitu plnění sjednaného v pojistné smlouvě (u většiny smluv se jedná o limit 15 dnů). Pokud si nejste jistí, podívejte se, prosím, do své pojistné smlouvy, kde sjednaný limit plnění najdete.
- Vyberte si a zaškrtněte jednu z následujících variant:
  - JEDNORÁZOVÁ VÝPLATA** – Výplatu obdržíte po skončení Vaší pracovní neschopnosti.  
 Pojistnou událost nám oznámte zasláním kompletně vyplněného formuláře Oznámení pojistné události – Pracovní neschopnost. Formulář Lékařská zpráva nám doložte až po ukončení pracovní neschopnosti. V průběhu Vašeho léčení nám nemusíte dokládat žádné další podklady. Šetříme Váš čas i peníze.
  - PRAVIDELNÁ VÝPLATA** – Pojistné plnění budete dostávat pravidelně v průběhu Vašeho léčení.  
 Pojistnou událost nám oznámte zasláním kompletně vyplněného formuláře Oznámení pojistné události – Pracovní neschopnost spolu s formulářem Lékařská zpráva. Lékařskou zprávu nám pak dokládejte každý měsíc trvání pracovní neschopnosti.
-  Vyplnění lékařské zprávy bývá zpoplatněno. Pojistitel tyto náklady neproplácí.
- Doložte nám všechny lékařské zprávy prokazující způsob a postup léčení.
- V případě, že máte vystavenou tzv. neschopenku, pošlete nám její kopii.
- A to je vše. Teď už stačí požadované podklady zaslat na **info@csobpoj.cz** nebo na adresu uvedenou v záhlaví.
- Pokud vyhodnotíme, že k vyřízení Vaší pojistné události potřebujeme doplňující podklady, budeme Vás kontaktovat.

### Pojistná smlouva

č. ....	č. ....	č. ....
---------	---------	---------

### Osobní údaje pojištěného

Jméno	Příjmení	Rodné číslo	Zdravotní pojišťovna
Korespondenční adresa (ulice, č. p., obec)		PSČ	Telefon
E-mail	Místo narození	Stát místa narození, pokud je jiný než ČR	Stát trvalého pobytu, pokud je jiný než ČR
<b>Průkaz totožnosti</b> , podle kterého byly ověřeny údaje a podoba identifikované osoby			
<input type="checkbox"/> Občanský průkaz <input type="checkbox"/> Cestovní pas <input type="checkbox"/> Jiný doklad:			
Číslo průkazu totožnosti	Vydáno (stát, popř. orgán)	Platnost průkazu totožnosti do	
Státní občanství <input type="checkbox"/> ČR <input type="checkbox"/> Jiné:	<b>Politicky exponovaná osoba</b> <input type="checkbox"/> ANO	Pokud ANO, uveďte statut politicky exponované osoby a v jakých obdobích.	
V době bezprostředně předcházející vzniku pracovní neschopnosti jste byl/a:			
<input type="checkbox"/> zaměstnanec	Adresa zaměstnavatele (ulice, č. p., obec, PSČ)	Povolání	
<input type="checkbox"/> OSVČ aktivně vykonávající výdělečnou činnost	Adresa místa podnikání (ulice, č. p., obec, PSČ)	IČO	Převažující druh činnosti
<input type="checkbox"/> Bez zaměstnání nebo bez aktivního výkonu samostatné výdělečné činnosti			

CSOBPO9900000000

### Oznamovatel – osoba, která uplatňuje nárok na pojistné plnění (vyplňte pouze, je-li oznamovatel odlišný od pojištěného)

<input type="checkbox"/> Zákonný zástupce <input type="checkbox"/> Fyzická osoba (zmocněnec) <input type="checkbox"/> Jiné:			
Jméno	Příjmení	Rodné číslo	
Korespondenční adresa (ulice, č. p., obec)		PSČ	Telefon
E-mail	Místo narození	Stát místa narození, pokud je jiný než ČR	Stát trvalého pobytu, pokud je jiný než ČR
<b>Průkaz totožnosti</b> , podle kterého byly ověřeny údaje a podoba identifikované osoby			
<input type="checkbox"/> Občanský průkaz <input type="checkbox"/> Cestovní pas <input type="checkbox"/> Jiný doklad:			
Číslo průkazu totožnosti	Vydáno (stát, popř. orgán)	Platnost průkazu totožnosti do	
Státní občanství <input type="checkbox"/> ČR <input type="checkbox"/> Jiné:	<b>Politicky exponovaná osoba</b> <input type="checkbox"/> ANO	Pokud ANO, uveďte statut politicky exponované osoby a v jakých obdobích.	



## Výplata pojistného plnění



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 zdravotní dokumentaci odůvodněna, stanovuje konečný počet dní pojistitel ve spolupráci se smluvním lékařem.

<input type="checkbox"/>	Plnění poukážete na účet	Číslo účtu	Kód banky
<input type="checkbox"/>	Plnění poukážete na adresu	<input type="checkbox"/> Adresa pojištěného	<input type="checkbox"/> Jiná adresa (ulice, č.p., obec, PSČ)

## Důvod pracovní neschopnosti

Datum prvního dne pracovní neschopnosti:	Pracovní neschopnost dosud trvá? <b>NE</b> <input type="checkbox"/>	Pokud NE, uveďte datum posledního dne. <b>ANO</b> <input type="checkbox"/>	
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			
<b>Nemoc</b>	Uveďte, o jakou nemoc se jedná.		
<input type="checkbox"/>			
Jedná se o nemoc z povolání?	<b>NE</b> <input type="checkbox"/>	<b>ANO</b> <input type="checkbox"/>	
Léčil jste se v minulosti s tímto onemocněním nebo touto částí těla?	<b>NE</b> <input type="checkbox"/>	<b>ANO</b> <input type="checkbox"/>	
		Pokud ANO, uveďte kdy a doložte zprávy z léčení.	
<b>Úraz</b>	Druh sportu:		
<input type="checkbox"/>	Došlo k úrazu při sportu?	<b>NE</b> <input type="checkbox"/>	<b>ANO</b> <input type="checkbox"/>
	Pokud ANO, jednalo se o profesionální sport?	<b>NE</b> <input type="checkbox"/>	<b>ANO</b> <input type="checkbox"/>
	Došlo k úrazu při výkonu povolání?	<b>NE</b> <input type="checkbox"/>	<b>ANO</b> <input type="checkbox"/>
		Pokud ANO, doložte záznam o pracovním úrazu.	
	Datum	Čas	Místo
Kdy a kde k úrazu došlo?			
Popis úrazového děje:			
	Léčil jste se v minulosti s touto částí těla?	<b>NE</b> <input type="checkbox"/>	<b>ANO</b> <input type="checkbox"/>
		Pokud ANO, uveďte kdy a doložte zprávy z léčení.	
	Vyšetřovala úraz policie?	<b>NE</b> <input type="checkbox"/>	<b>ANO</b> <input type="checkbox"/>
		Pokud ANO, doložte konečné usnesení.	
	Došlo k úrazu pod vlivem alkoholu či omamné nebo psychotropní látky?	<b>NE</b> <input type="checkbox"/>	<b>ANO</b> <input type="checkbox"/>
	Byli u úrazu svědci?	<b>NE</b> <input type="checkbox"/>	<b>ANO</b> <input type="checkbox"/>
		Pokud ANO, doplňte níže.	
Jméno a příjmení	Adresa	Telefon	

## Doplňující informace

Uplatnil/a jste nárok na pojistné plnění ze stejného důvodu i u jiné pojišťovny?	<b>NE</b> <input type="checkbox"/>	<b>ANO</b> <input type="checkbox"/>	Pokud ANO, uveďte název pojišťovny.
Vykonával/a jste výdělečnou činnost v době pracovní neschopnosti?	<b>NE</b> <input type="checkbox"/>	<b>ANO</b> <input type="checkbox"/>	

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

**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:

- 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);
- 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;
- 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 zajištěním 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 pojištěním 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 příkládám plnou moc s úředně ověřenými podpisy nebo její ověřenou kopii.

Prohlašuji, že:

- 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);
- 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;
- 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

**i** 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

## Lékařská zpráva o pracovní neschopnosti

### Číslo pojistné události

Poskytnutí údajů je v souladu se souhlasem pojištěného uvedeným v prohlášení na pojistné smlouvě. Zpráva je požadována za účelem šetření nutného ke zjištění rozsahu povinnosti pojistitele plnit, resp. za účelem objektivizace rozsahu nároků vyplývajících ze smluvního vztahu uzavřeného s pojištěným.

### Osobní údaje pojištěného (poškozeného v pracovní neschopnosti)

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? <b>NE</b> <input type="checkbox"/>	Pokud NE, uveďte datum posledního dne. <b>ANO</b> <input type="checkbox"/>
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 poškozený v minulosti pro stejnou příčinu léčen? Pokud ANO, uveďte kdy (od-do).	Byl poškozený 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: <b>NE</b> <input type="checkbox"/> <b>ANO</b> <input type="checkbox"/>	od	do	od
Byl poškozený hospitalizován? <b>NE</b> <input type="checkbox"/> <b>ANO</b> <input type="checkbox"/>	Pokud ANO, uveďte kdy, kde a z jakého důvodu. Příložit propouštěcí zprávu.		
Byl porušen léčebný režim? <b>NE</b> <input type="checkbox"/> <b>ANO</b> <input type="checkbox"/>			

### 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