

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 Klientského servisu 800 10 66 10 nebo se můžete obrátit na svého poradce.
4. Oznámení zašlete doporučeně na adresu: **Komerční pojišťovna, a. s., Palackého 53, 586 01 Jihlava**

1. díl – Oznámení pracovní neschopnosti

1. část

Toto potvrzení si nechte potvrdit svým ošetřujícím lékařem, jakmile se stanete práce neschopným, a zašlete jeho 1. díl do Komerční pojišťovny co nejdříve. Potvrzení nemůže vystavit lékař, který je vůči Vám osobou blízkou (manžel, matka apod.). Další díly potvrzení si nechte ošetřujícím lékařem potvrdit při dalších kontrolách, nejméně 1x měsíčně, a průběžně je zasílejte na adresu Komerční pojišťovny. Při skončení pracovní neschopnosti si nechte vyplnit část formuláře "UKONČENÍ PRACOVNÍ NESCHOPNOSTI". Případné náklady na potvrzení formuláře lékařem nese pojištěný.

ÚDAJE O POJIŠTĚNÉM	
Název pojištění:	
Číslo pojistné smlouvy:	
Příjmení a jméno:	Rodné číslo:*
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:	
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	Zaměstnán jako:
Zaměstnavatel (název, adresa):	
<input type="checkbox"/> OSVČ odhlášená z nemocenského pojištění	<input type="checkbox"/> OSVČ neodhlášená z nemocenského pojištění
Obor podnikatelské činnosti:	
Přesná adresa pobytu v době pracovní neschopnosti:	
ÚDAJE PRO VÝPLATU POJISTNÉHO PLNĚNÍ**	
<input type="checkbox"/> žádám o výplatu záloh pojistného plnění	
Žádám o výplatu pojistného plnění z výše uvedené pojistné smlouvy. Pojistné plnění poukažte:	
<input type="checkbox"/> převodem na existující smlouvu (uvedte číslo smlouvy):	
<input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> Ano <input type="checkbox"/> Ne pojištěného / zákonného zástupce k němu:	
<input type="checkbox"/> na adresu (uvedte 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

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 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 / zákonného zástupce

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

* vyplní se datum narození, nebylo-li rodné číslo v ČR přiděleno

 ** **pojistné plnění lze vyplatit vždy pouze na jednu adresu nebo na jeden bankovní účet** (není možné plnění zasílat na více adres či účtů)

K žádosti dále přiložte:

- lékařem vyplněný formulář potvrzení pracovní neschopnosti (viz následující stránky)
- potvrzení zaměstnavatele o pracovním nebo služebním poměru a potvrzení, že pojištěný není ve výpovědní lhůtě / OSVČ doloží kopii živnostenského listu nebo jiného dokladu prokazující oprávnění provozovat podnikatelskou činnost
- Potvrzení o výši průměrného čistého měsíčního výdělku (potvrzení zaměstnavatele / daňové přiznání)

1. díl – Oznámení pracovní neschopnosti

2. část

Vyplní ošetřující lékař, u kterého máte vystavenou pracovní neschopnost

PŘÍČINA PRACOVNÍ NESCHOPNOSTI	
Práce neschopen od:	
Diagnóza (číselně dle Mezinárodní klasifikace nemocí a slovně):	
Úraz: <input type="checkbox"/> pracovní	Nemoc z povolání <input type="checkbox"/> Ano <input type="checkbox"/> Ne
<input type="checkbox"/> při dopravní nehodě	
<input type="checkbox"/> zaviněný jinou osobou	Podezření z vlivu alkoholu <input type="checkbox"/> Ano <input type="checkbox"/> Ne
<input type="checkbox"/> ostatní	
Léčil se pacient již dříve pro toto onemocnění? Pokud ano, uveďte datum od ____/____/____ do ____/____/____ <input type="checkbox"/> Ano <input type="checkbox"/> Ne	
Vycházky <input type="checkbox"/> Ano od – do (časové rozmezí) <input type="checkbox"/> Ne	Hospitalizace <input type="checkbox"/> Ano od – do <input type="checkbox"/> Ne
Poznámky lékaře:	
Datum vystavení:	Příští kontrola dne:
Razítko a podpis lékaře:	

2. díl – Potvrzení o trvání pracovní neschopnosti

1. část

Toto následné potvrzení si nechte potvrdit svým ošetřujícím lékařem při pokračování pracovní neschopnosti a zašlete na adresu **Komerční pojišťovna, a. s., Palackého 53, 586 01 Jihlava**. Potvrzení nemůže vystavit lékař, který je vůči Vám osobou blízkou (manžel, matka apod.). Další díly potvrzení si nechte ošetřujícím lékařem potvrdit při dalších kontrolách, nejméně 1x měsíčně, a průběžně je zasílejte na adresu Komerční pojišťovny. Při skončení pracovní neschopnosti si nechte vyplnit část formuláře **“UKONČENÍ PRACOVNÍ NESCHOPNOSTI”**. Případné náklady na potvrzení formuláře lékařem nese pojištěný.

ÚDAJE O POJIŠTĚNÉM	
Název pojištění:	
Číslo pojistné smlouvy:	
Příjmení a jméno:	Rodné číslo:*
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:	
Korespondenční adresa (liší-li se od adresy trvalého bydliště):	
<input type="checkbox"/> Zaměstnanec	Zaměstnán jako:
Zaměstnavatel (název, adresa):	
<input type="checkbox"/> OSVČ odhlášená z nemocenského pojištění	<input type="checkbox"/> OSVČ neodhlášená z nemocenského pojištění
Obor podnikatelské činnosti:	
Přesná adresa pobytu v době pracovní neschopnosti:	
PROHLÁŠENÍ A ZMOCNĚNÍ	
Prohlašuji, že všechny údaje v tomto Potvrzení jsem uvedl/a úplně a pravdivě. Jsem si vědom/a, že neúplné a nesprávné odpovědi mají vliv na plnění pojišťovny.	
V	dne _____
	Podpis pojištěného / zákonného zástupce

* vyplní se datum narození, nebylo-li rodné číslo v ČR přiděleno

2. díl – Potvrzení o trvání pracovní neschopnosti

2. část

Vyplní ošetřující lékař, u kterého máte vystavenou pracovní neschopnost

PŘÍČINA PRACOVNÍ NESCHOPNOSTI		
Práce neschopen od:		
Diagnóza (číselně dle Mezinárodní klasifikace nemocí a slovně):		
Úraz: <input type="checkbox"/> pracovní	Nemoc z povolání	<input type="checkbox"/> Ano <input type="checkbox"/> Ne
<input type="checkbox"/> při dopravní nehodě		
<input type="checkbox"/> zaviněný jinou osobou	Podezření z vlivu alkoholu	<input type="checkbox"/> Ano <input type="checkbox"/> Ne
<input type="checkbox"/> ostatní		
Léčil se pacient již dříve pro toto onemocnění? Pokud ano, uveďte datum od _ _ / _ _ / _ _ _ _ do _ _ / _ _ / _ _ _ _		<input type="checkbox"/> Ano <input type="checkbox"/> Ne
TRVÁNÍ PRACOVNÍ NESCHOPNOSTI		
Změna diagnózy:		
Vycházky <input type="checkbox"/> Ano <input type="checkbox"/> Ne	od – do (časové rozmezí)	Hospitalizace <input type="checkbox"/> Ano <input type="checkbox"/> Ne
Poznámky lékaře:		
Datum vystavení: (při kontrole)	Příští kontrola dne:	Razítko a podpis lékaře:
UKONČENÍ PRACOVNÍ NESCHOPNOSTI		
Datum vystavení:	Práce schopen od:	Razítko a podpis lékaře:

3. díl – Potvrzení o trvání pracovní neschopnosti

1. část

Toto následné potvrzení si nechte potvrdit svým ošetřujícím lékařem při pokračování pracovní neschopnosti a zašlete na adresu **Komerční pojišťovna, a. s., Palackého 53, 586 01 Jihlava**. Potvrzení nemůže vystavit lékař, který je vůči Vám osobou blízkou (manžel, matka apod.). Další díly potvrzení si nechte ošetřujícím lékařem potvrdit při dalších kontrolách, nejméně 1x měsíčně, a průběžně je zasílejte na adresu Komerční pojišťovny. Při skončení pracovní neschopnosti si nechte vyplnit část formuláře **“UKONČENÍ PRACOVNÍ NESCHOPNOSTI”**. Případné náklady na potvrzení formuláře lékařem nese pojištěný.

ÚDAJE O POJIŠTĚNÉM	
Název pojištění:	
Číslo pojistné smlouvy:	
Příjmení a jméno:	Rodné číslo:*
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:	
Korespondenční adresa (liší-li se od adresy trvalého bydliště):	
<input type="checkbox"/> Zaměstnanec	Zaměstnán jako:
Zaměstnavatel (název, adresa):	
<input type="checkbox"/> OSVČ odhlášená z nemocenského pojištění	<input type="checkbox"/> OSVČ neodhlášená z nemocenského pojištění
Obor podnikatelské činnosti:	
Přesná adresa pobytu v době pracovní neschopnosti:	
PROHLÁŠENÍ A ZMOCNĚNÍ	
Prohlašuji, že všechny údaje v tomto Potvrzení jsem uvedl/a úplně a pravdivě. Jsem si vědom/a, že neúplné a nesprávné odpovědi mají vliv na plnění pojišťovny.	
V	dne _____
	Podpis pojištěného / zákonného zástupce

* vyplní se datum narození, nebylo-li rodné číslo v ČR přiděleno

3. díl – Potvrzení o trvání pracovní neschopnosti

2. část

Vyplní ošetřující lékař, u kterého máte vystavenou pracovní neschopnost

PŘÍČINA PRACOVNÍ NESCHOPNOSTI		
Práce neschopen od:		
Diagnóza (číselně dle Mezinárodní klasifikace nemocí a slovně):		
Úraz: <input type="checkbox"/> pracovní	Nemoc z povolání	<input type="checkbox"/> Ano <input type="checkbox"/> Ne
<input type="checkbox"/> při dopravní nehodě		
<input type="checkbox"/> zaviněný jinou osobou	Podezření z vlivu alkoholu	<input type="checkbox"/> Ano <input type="checkbox"/> Ne
<input type="checkbox"/> ostatní		
Léčil se pacient již dříve pro toto onemocnění? Pokud ano, uveďte datum od _ _ / _ _ / _ _ _ _ do _ _ / _ _ / _ _ _ _		<input type="checkbox"/> Ano <input type="checkbox"/> Ne
TRVÁNÍ PRACOVNÍ NESCHOPNOSTI		
Změna diagnózy:		
Vycházky <input type="checkbox"/> Ano <input type="checkbox"/> Ne	od – do (časové rozmezí)	Hospitalizace <input type="checkbox"/> Ano <input type="checkbox"/> Ne
Poznámky lékaře:		
Datum vystavení: (při kontrole)	Příští kontrola dne:	Razítko a podpis lékaře:
UKONČENÍ PRACOVNÍ NESCHOPNOSTI		
Datum vystavení:	Práce schopen od:	Razítko a podpis lékaře:

4. díl – Potvrzení o trvání pracovní neschopnosti

1. část

Toto následné potvrzení si nechte potvrdit svým ošetřujícím lékařem při pokračování pracovní neschopnosti a zašlete na adresu **Komerční pojišťovna, a. s., Palackého 53, 586 01 Jihlava**. Potvrzení nemůže vystavit lékař, který je vůči Vám osobou blízkou (manžel, matka apod.). Další díly potvrzení si nechte ošetřujícím lékařem potvrdit při dalších kontrolách, nejméně 1x měsíčně, a průběžně je zasílejte na adresu Komerční pojišťovny. Při skončení pracovní neschopnosti si nechte vyplnit část formuláře **“UKONČENÍ PRACOVNÍ NESCHOPNOSTI“**. Případné náklady na potvrzení formuláře lékařem nese pojištěný.

Pokračuje-li Vaše pracovní neschopnost, vyžádejte si další soubor potvrzení v Komerční bance, a. s.

ÚDAJE O POJIŠTĚNÉM	
Název pojištění:	
Číslo pojistné smlouvy:	
Příjmení a jméno:	Rodné číslo:*
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:	
Korespondenční adresa (liší-li se od adresy trvalého bydliště):	
<input type="checkbox"/> Zaměstnanec	Zaměstnán jako:
Zaměstnavatel (název, adresa):	
<input type="checkbox"/> OSVČ odhlášená z nemocenského pojištění	<input type="checkbox"/> OSVČ neodhlášená z nemocenského pojištění
Obor podnikatelské činnosti:	
Přesná adresa pobytu v době pracovní neschopnosti:	
PROHLÁŠENÍ A ZMOCNĚNÍ	
Prohlašuji, že všechny údaje v tomto Potvrzení jsem uvedl/a úplně a pravdivě. Jsem si vědom/a, že neúplné a nesprávné odpovědi mají vliv na plnění pojišťovny.	
V	dne
_____ Podpis pojištěného / zákonného zástupce	

* vyplní se datum narození, nebylo-li rodné číslo v ČR přiděleno

4. díl – Potvrzení o trvání pracovní neschopnosti

2. část

Vyplní ošetřující lékař, u kterého máte vystavenou pracovní neschopnost

PŘÍČINA PRACOVNÍ NESCHOPNOSTI		
Práce neschopen od:		
Diagnóza (číselně dle Mezinárodní klasifikace nemocí a slovně):		
Úraz: <input type="checkbox"/> pracovní	Nemoc z povolání	<input type="checkbox"/> Ano <input type="checkbox"/> Ne
<input type="checkbox"/> při dopravní nehodě		
<input type="checkbox"/> zaviněný jinou osobou	Podezření z vlivu alkoholu	<input type="checkbox"/> Ano <input type="checkbox"/> Ne
<input type="checkbox"/> ostatní		
Léčil se pacient již dříve pro toto onemocnění? Pokud ano, uveďte datum od _ _ / _ _ / _ _ _ _ do _ _ / _ _ / _ _ _ _		<input type="checkbox"/> Ano <input type="checkbox"/> Ne
TRVÁNÍ PRACOVNÍ NESCHOPNOSTI		
Změna diagnózy:		
Vycházky <input type="checkbox"/> Ano od – do (časové rozmezí)	Hospitalizace <input type="checkbox"/> Ano od – do	
<input type="checkbox"/> Ne	<input type="checkbox"/> Ne	
Poznámky lékaře:		
Datum vystavení: (při kontrole)	Příští kontrola dne:	Razítko a podpis lékaře:
UKONČENÍ PRACOVNÍ NESCHOPNOSTI		
Datum vystavení:	Práce schopen od:	Razítko a podpis lékaře: