



Oznámení škodní události - ČOV

z pojištění pro případ pracovní neschopnosti

Číslo pojistné smlouvy: _____

Otisk razítka, datum převzetí a podpis

Vyplní pojištěný (zákonný zástupce/ opatrovník): _____

Pojištěný

Jméno: _____ Příjmení: _____ Titul: _____

Datum narození: _____ Rodné číslo: _____ Kód zdrav. pojišťovny: _____

Telefon: _____ e-mail: _____

Korespondenční adresa

Ulice: _____ Číslo popisné: _____

PSC: _____ Obec (dodávací pošta): _____

Jste pojištěn u jiné pojišťovny pro ušlý výdělek za dobu pracovní neschopnosti? ANO NE

U které, na jakou denní náhradu a čísla pojistek: _____

K datu zahájení pracovní neschopnosti

jsem osoba se zdanitelnými příjmy a pracuji převážně manuálně duševně

OSVČ, předmět činnosti: _____

Jste nemocensky pojištěn ve státním sociálním systému? ANO NE

zaměstnanec v profesi: _____

Adresa zaměstnavatele / telefon: _____

Došlo k datu přiznání PN k právním úkonům směřujícím k ukončení pracovního poměru? ANO NE

jsem osoba bez zdanitelného příjmu (na mateřské resp. rodičovské dovolené, studující, nezaměstnaný, důchodce, v domácnosti apod.) specifikujte: _____

Jste registrován pro daň z příjmu fyzických osob? ANO NE

Jste spolupracující osoba ve smyslu zákona o dani z příjmu? ANO NE

Trpěl/a jste již dříve zdravotními problémy, které byly příčinou Vaší pracovní neschopnosti? ANO NE

Diagnóza, popis onemocnění či úrazu: _____

Jste úrazově pojištěn i u jiných komerčních pojišťoven? ANO NE

U kterých? _____

Obrdžel jste nebo obrdžíte další náhradu mzdy za dobu trvání pracovní neschopnosti z důvodu nemoci či úrazu (nemoc z povolání, pracovní úraz a podobně)? ANO NE Od koho, v jaké výši a za jaké období: _____

Pobíráte invalidní důchod pro invaliditu I., II. nebo III. stupně? ANO NE

ode dne: _____

Požádal jste SSZ nebo je vedeno řízení za účelem přiznání inv. důchodu? ANO NE

ANO NE

Následující odstavec vyplňte pouze v případě pracovní neschopnosti přiznané výlučně z důvodu úrazu: _____

K úrazu došlo (den hodina): _____ Místo: _____

Která část těla byla poraněna? _____

Byla tato část těla postižena již před tímto úrazem? ANO NE

Jste levák? ANO NE

Popište, prosím, souvisle a podrobně jak k úrazu došlo: _____

Jména a adresy případných svědků: _____

Vyšetřovala úraz Policie České republiky? ANO NE

Uveďte přesnou adresu útvaru Policie, jméno policisty a telefon: _____

Jste registrovaný sportovec? ANO NE

Uveďte ve kterém sportu a v jaké soutěži: _____

Plnění poukážte na účet číslo: _____

poukážkou na jméno pojištěného a výše uvedenou adresu

praktický lékař, u kterého je vedena kompletní zdravotní dokumentace pojištěného

Jméno: _____ Příjmení: _____ Telefon: _____

Adresa - ulice, číslo popisné, PSC a obec (dodávací pošta): _____

Prohlašuji, že jsem všechny otázky zodpověděl/a pravdivě a úplně, že jsem k hlášené škodní události podal/a pouze toto oznámení. Jsem si vědom/a důsledků nesprávných odpovědí na povinnost pojistitele plnit. Souhlasím, aby si pojistitel vyžádal veškerou potřebnou zdravotní dokumentaci o mém léčení a zdravotním stavu.

Svým podpisem zprošťuji lékaře a zaměstnance zdravotnických zařízení a úřadů (zdravotních pojišťoven, finančních úřadů, úřadů sociálního zabezpečení atd.) povinnosti mlčenlivosti a zmocňuji je k poskytnutí potřebných informací pojistiteli k ukončení likvidace pojistné události.

V dne

Podpis pojištěného (zákonného zástupce/ opatrovníka)

Část 1- na počátku pracovní neschopnostiNeschopen práce od: Číslo dokladu (neschopenky):

Hlavní diagnóza: slovy:

Ostatní diagnózy:

Léčil se pacient pro toto onemocnění nebo úraz již dříve? ANO -uvedte datum kdy bylo onemocnění poprvé diagnostikováno: NEBylo OSVČ vystaveno potvrzení pracovní neschopnosti? ANO NEPracovní neschopnost z důvodu: pracovní úraz úraz zaviněný jinou osobou vliv alkoholu ‰ tox. látek sebepoškození nemoc z povolání ostatníU žen gravidita ANO - termín porodu: NE

Doklad o pracovní neschopnosti byl zaslán na správu sociálního zabezpečení:

Adresa - ulice, číslo popisné, PSČ a obec (dodávací pošta):

Část 2 – v průběhu pracovní neschopnosti (při žádosti o zálohu)K dnešnímu dni pracovní neschopnost trváDatum následující kontroly

V dne

Razítko a podpis ošetřujícího lékaře
(Název a adresa zdravotnického zařízení)**Část 3 – při ukončení pracovní neschopnosti**Pracovní neschopnost ukončena dne Byl/a pojištěnému přiznán/a invalidita – stupeň předčasný důchod starobní důchod změna pracovní schopnosti (osoba zdravotně znevýhodněná)datum přiznání: Došlo ze strany pojištěného k porušení léčebného režimu? ANO NE

V dne

Razítko a podpis ošetřujícího lékaře
(Název a adresa zdravotnického zařízení)

Požadovaná dokumentace:

- vyplněný formulář oznámení škodní události
- kopie potvrzení o trvání dočasné pracovní neschopnosti (neschopenky) potvrzené zaměstnavatelem
- lékařská zpráva