

Oznámení pojistné události – PRACOVNÍ NESCHOPNOST

Toto potvrzení si nechte potvrdit svým ošetřujícím lékařem a zašlete jej do Komerční pojišťovny co nejdříve. Potvrzení nemůže vystavit lékař, který je vůči Vám osobou blízkou (manžel, matka apod.). Trvání pracovní neschopnosti je nutné dokládat vždy nejméně 1x měsíčně na adresu Komerční pojišťovny. Případné náklady na potvrzení formuláře lékařem nese pojištěný. Bez kompletního vyplnění formuláře nelze zahájit šetření pojistné události a podstatně se prodlouží doba likvidace. Pojistitel je oprávněn ověřit si veškeré informace k hlášené události.

Pokyny pro vyplnění formuláře:

1. Vyplňte formulář ve všech bodech.
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.
4. Oznámení zašlete doporučeně na adresu:

Komerční pojišťovna, a. s., odbor kolektivní smlouvy a underwriting, Karolinská 1/650, 186 00 Praha 8

Vyplní pojištěný

ÚDAJE O POJIŠTĚNÉM		
Příjmení a jméno pojištěného:		Rodné číslo*:
Místo narození:	Pohlaví: muž žena	
Státní občanství:	Forma pobytu: trvalý jiný	
Adresa trvalého bydliště vč. PSČ:	Telefon:	
Korespondenční adresa (liší-li se od adresy trvalého bydliště):		
Číslo pojistné smlouvy, případně čísla úvěrových účtů:		
Zaměstnanec <input type="checkbox"/>	Zaměstnavatel (název, adresa):	Zaměstnán jako:
OSVČ odhlášená z nemocenského pojištění <input type="checkbox"/>	OSVČ neodhlášená z nemocenského pojištění <input type="checkbox"/>	Obor podnikatelské činnosti:

ÚDAJE PRO VÝPLATU POJISTNÉHO PLNĚNÍ

Pojistné plnění bude poukázáno společnosti Essox, a. s.

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.

V

dne

Podpis pojištěného / zákonného zástupce

Vyplní ošetřující lékař

Příjmení a jméno pojištěného:		Rodné číslo:	
Diagnóza (číselně dle Mezinárodní klasifikace nemocí a slovně):			
Léčil se pacient již dříve pro toto onemocnění? ano <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/>			
Pokud ano, uveďte datum		od:	do:
Vycházky ano <input type="checkbox"/>	od – do (časové rozmezí)	Hospitalizace ano <input type="checkbox"/>	od – do
ne <input type="checkbox"/>		ne <input type="checkbox"/>	
Úraz:	pracovní <input type="checkbox"/>	Nemoc z povolání	<input type="checkbox"/>
	při dopravní nehodě <input type="checkbox"/>		
	zaviněný jinou osobou <input type="checkbox"/>	Podezření z vlivu alkoholu	ano <input type="checkbox"/>
	ostatní <input type="checkbox"/>		ne <input type="checkbox"/>
Poznámky lékaře (případná změna diagnózy během léčení):			
Práce neschopen od:	Datum vystavení:	Příští kontrola dne:	Razítko a podpis lékaře:

Následující část vyplňuje lékař pouze v případě ukončení pracovní neschopnosti.

UKONČENÍ PRACOVNÍ NESCHOPNOSTI		
Datum vystavení:	Práce schopen od:	Razítko a podpis lékaře: