

Oznámení pojistné události – PRACOVNÍ NESCHOPNOST

Pokyny pro vyplnění formuláře:

1. Vyplňte formulář ve všech bodech. U políček s možností volby označte platnou odpověď křížkem.
2. V případě nejasností při vyplňování formuláře nás můžete kontaktovat na **bezplatné informační lince Klientského servisu 800 10 66 10**.
3. Oznámení zašlete doporučeně na adresu: **ESSOX, s.r.o., F. A. Gerstnera 52, 370 01 České Budějovice**.
4. K žádosti dále přiložte:
 - v případě hospitalizace kopii konečné Propouštěcí zprávy
 - pokud byla událost šetřena Policií ČR či jiného státu, přiložte rovněž policejní protokol nebo jiný doklad o výsledku policejního vyšetřování
 - Zaměstnanec – Potvrzení zaměstnavatele o pracovním poměru na formuláři Komerční pojišťovny
 - OSVČ – kopii živnostenského listu nebo jiného dokladu, prokazujícího provozovat podnikatelskou činnost

Bez kompletního vyplnění formuláře nelze zahájit šetření pojistné události a podstatně se prodlouží doba likvidace. Pojistitel je oprávněn ověřit si veškeré informace k hlášené pojistné události.

Vyplní pojištěný

ÚDAJE O POJIŠTĚNÉM		
Příjmení a jméno pojištěného:		Rodné číslo (není li, uveďte datum narození):
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 vč. PSČ a státu:		
Korespondenční adresa (liší-li se od adresy trvalého bydliště):		
Číslo průkazu totožnosti:	Druh: občanský průkaz <input type="checkbox"/> pas <input type="checkbox"/> jiný doklad:	
Orgán, který průkaz totožnosti vydal:		
Platnost průkazu od _ _ / _ _ / _ _ _ _ do _ _ / _ _ / _ _ _ _		
Email:		Telefon:
<input type="checkbox"/> Zaměstnanec Přiložte Potvrzení zaměstnavatele na našem formuláři	Zaměstnavatel (název, adresa):	Zaměstnán jako:
<input type="checkbox"/> OSVČ účastna dobrovolného nemocenského pojištění	<input type="checkbox"/> OSVČ neúčastna dobrovolného nemocenského pojištění	Obor podnikatelské činnosti: (přiložte kopii živnostenského listu nebo jiného dokladu o podnikání)
Pobírám invalidní důchod ano <input type="checkbox"/> ode dne _ _ / _ _ / _ _ _ _ pro invaliditu I. stupně <input type="checkbox"/> II. stupně <input type="checkbox"/> III. stupně <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/>		

ÚDAJE O POJISTNÉ SMLouvĚ	
Číslo pojistné smlouvy/smluv:	Datum splatnosti splátky:
<p>Pojistné plnění bude poukázáno společnosti Essox, s.r.o. Pojistné plnění je vypláceno, pokud splatnost splátky připadá na dobu trvání pracovní neschopnosti po uplynutí karenční doby.</p>	

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, aby pojišťovna v souladu s občanským zákoníkem sama nebo prostřednictvím pověřeného lékaře získávala údaje o mém zdravotním stavu, včetně jakékoliv zdravotnické dokumentace, od mého lékaře, zdravotní pojišťovny či jakéhokoli orgánu veřejné moci. Zmocňuji pojišťovnu, aby si od těchto osob či orgánů zjišťovala informace o mém zdravotním stavu, nahlížela do mé zdravotnické dokumentace a jiných záznamů o mém zdravotním stavu, pořizovala z nich výpisy či opisy, a to i po mé smrti. Pro účely tohoto zmocnění a v jeho rozsahu zprošťuji uvedené osoby a orgány jejich zákonné či smluvní povinnosti mlčenlivosti, a to i ve smyslu zákona číslo 372/2011 Sb., o zdravotních službách.

V _____ dne _____
Podpis pojištěného / zákonného zástupce

V _____ dne _____
Podpis zástupce ESSOX, s.r.o.

Potvrzení lékaře – Pracovní neschopnost

ÚDAJE O POJIŠTĚNÉM	
Příjmení a jméno pojištěného:	Rodné číslo (není li, uveďte datum narození):
Číslo pojistné smlouvy/smluv:	

Lékař potvrzuje, že pojištěný je/byl práce neschopen od: |_|_|/|_|_|/|_|_|_|_|

byl v pracovní neschopnosti do: |_|_|/|_|_|/|_|_|_|_|

pracovní neschopnost nadále trvá

Diagnóza (číselně dle Mezinárodní klasifikace nemocí a slovně):

Úraz: <input type="checkbox"/> pracovní <input type="checkbox"/> při dopravní nehodě (přiložte Policejní protokol) <input type="checkbox"/> zaviněný jinou osobou <input type="checkbox"/> ostatní	Nemoc z povolání	ano	<input type="checkbox"/>
		ne	<input type="checkbox"/>
	Podezření z vlivu alkoholu	ano	<input type="checkbox"/>
		ne	<input type="checkbox"/>

Léčil se pacient již dříve pro toto onemocnění? ne ano diagnostikováno poprvé: |_|_|/|_|_|/|_|_|_|_|

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"/>		(přiložte kopii konečné Propouštěcí zprávy)	ne <input type="checkbox"/>	

Poznámky lékaře o průběhu léčby:

Změna diagnózy v průběhu pracovní neschopnosti (uveďte, zda se jedná o novou nebo přidruženou diagnózu a datum změny):

Bylo započato řízení o přiznání invalidity? ne ano zahájeno |_|_|/|_|_|/|_|_|_|_|

Datum vystavení:	Příští kontrola dne:	Razítko a podpis lékaře:
------------------	----------------------	--------------------------

Následující část vyplňuje lékař pouze v případě ukončení dlouhodobé pracovní neschopnosti.

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

Toto potvrzení si nechte potvrdit svým ošetřujícím lékařem a zašlete jej společnosti ESSOX, s.r.o. 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 ESSOX, s.r.o.. Případné náklady na potvrzení formuláře lékařem nese pojištěný.