



# 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: \_\_\_\_\_

PSČ: \_\_\_\_\_ 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? \_\_\_\_\_

Obdržel jste nebo obdržíte 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, PSČ 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 pojištěného plnit. Souhlasím, aby si pojišťovna vyžádala 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 pojišťovně k ukončení likvidace pojistné události.

V ..... dne .....

Podpis pojištěného (zákonného zástupce/ opatrovníka)

**Část 1- na počátku pracovní neschopnosti**Neschopen 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 ostatní .....U 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