

Záznamy pojistitele

Potvrzení o trvání / ukončení pracovní neschopnosti

Tímto formulářem potvrzujete pokračování pracovní neschopnosti každých 37 dnů jejího trvání od prvního oznámení. Tento formulář, prosím, nejprve vyplňte v první části a pak jej předejte svému ošetřujícímu lékaři a požádejte ho o vyplnění druhé části. Následně ho zašlete na adresu ČSOB Pojišťovny uvedenou v záhlaví.

Pokud tímto formulářem potvrzujete ukončení pracovní neschopnosti, přiložte k němu poslední lékařskou zprávu vztahující se k rozhodným diagnózám a doklad prokazující čerpání nemocenské (seznam dokladů je uveden v části 3, prvotního Oznámení pojistné události). Pojistné plnění za doloženou dobu trvání pracovní neschopnosti Vám bude vyplaceno v souladu s dispozicemi uvedenou v prvotním oznámení.

Část 1 Číslo pojistné události

Osobní údaje pojištěného (poškozeného v pracovní neschopnosti)

Jméno a příjmení	Rodné číslo
Korespondenční adresa (název ulice, číslo popisné, obec)	PSC

Osobní údaje zplnomocněné osoby – oznamovatele (je-li odlišný od pojištěného)

Jméno a příjmení	Rodné číslo
Korespondenční adresa (název ulice, číslo popisné, obec)	PSC

V dne

.....
 Podpis pojištěného

.....
 Podpis oznamovatele nebo zplnomocněné osoby
 (předkládá-li tiskopis)

Část 2 Zkrácená lékařská zpráva o průběhu pracovní neschopnosti

Pracovní neschopnost dosud trvá? NE <input type="checkbox"/> ANO <input type="checkbox"/> <small>Pokud NE – datum posledního dne pracovní neschopnosti</small>	
Přehled jednotlivých diagnóz v průběhu pracovní neschopnosti, konečná diagnóza (připojte lékařské zprávy).	
Průběh a způsob léčby jednotlivých diagnóz, včetně rehabilitace.	
Datum poslední kontroly:	Datum příští plánované kontroly pokud pracovní neschopnost trvá:
Vycházky:	Od: Do: Od: Do:
Byl poškozený hospitalizován od posledního hlášení? NE <input type="checkbox"/> ANO <input type="checkbox"/> <small>Pokud ANO – kdy, kde, z jakého důvodu, přiložte propouštěcí zprávu.</small>	
Byl porušen léčebný režim? NE <input type="checkbox"/> ANO <input type="checkbox"/>	

Poskytnutí údajů je v souladu se souhlasem pojištěného uvedeným v prohlášení na pojistné smlouvě. Zpráva je požadována za účelem šetření nutného ke zjištění rozsahu povinnosti pojistitele plnit, resp. za účelem objektivizace rozsahu nároků vyplývajících ze smluvního vztahu uzavřeného s pojištěným.

V dne

Razítko a podpis lékaře

CSOBPO6R0000000



Identifikace příjemce pojistného plnění

Příjmení a jméno			Stát místa narození	
Adresa bydliště: ulice a číslo popisné, obec	Rodné číslo	Pohlaví muž <input type="checkbox"/> žena <input type="checkbox"/>	Místo narození	Státní občanství
	Telefon	Průkaz totožnosti OP <input type="checkbox"/> ŘP <input type="checkbox"/> Pas <input type="checkbox"/> platný do:	číslo vydal (orgán/stát):	
Název firmy (pouze OSVČ)	Místo podnikání	IČO (pouze OSVČ)		
Pojistné plnění poukažte na:	<input type="checkbox"/> účet č.	VS		
	<input type="checkbox"/> adresu bydliště			
<input type="checkbox"/> Prohlašuji, že nyní jsem nebo jsem v posledním roce byl politicky exponovanou osobou ve smyslu ustanovení § 4 odst. 5 zákona č. 253/2008 Sb., o některých opatřeních proti legalizaci výnosů z trestné činnosti a financování terorismu, ve znění pozdějších předpisů. Pokud bylo zvoleno ano, uveďte postavení politicky exponované osoby: Není-li tento odstavec zaškrtnut, pak prohlašuji, že nyní nejsem nebo jsem v posledním roce nebyl politicky exponovanou osobou ve smyslu výše uvedeného ustanovení.			Datum	Podpis

Údaje o zástupci pojistitele, který provedl identifikaci příjemce pojistného plnění

Příjmení a jméno	Osobní číslo	Telefon	E-mail
Prohlašuji, že jsem v souladu se zákonem č. 253/2008 Sb., o některých opatřeních proti legalizaci výnosů z trestné činnosti a financování terorismu, zkontroloval platnost a úplnost identifikačních údajů příjemce pojistného plnění, zjistil a zaznamenal jeho aktuální identifikační údaje z výše uvedeného průkazu totožnosti a ověřil shodu podoby příjemce pojistného plnění s vyobrazením v tomto průkazu totožnosti.		Datum	Podpis