

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 uvedené 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? <b>NE</b> <input type="checkbox"/> <b>ANO</b> <input type="checkbox"/>		Pokud ANO – datum posledního dne pracovní neschopnosti	
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:	Do:
Byl poškozený hospitalizován od posledního hlášení? <b>NE</b> <input type="checkbox"/> <b>ANO</b> <input type="checkbox"/>		Pokud ANO – kdy, kde, z jakého důvodu, přiložte propouštěcí zprávu.	
Byl porušen léčebný režim? <b>NE</b> <input type="checkbox"/> <b>ANO</b> <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: .....		
Název firmy (pouze OSVČ)		Místo podnikání		vydal (orgán/stát): 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