



Oznámení pojistné události Pracovní neschopnost

ČÍSLO POJISTNÉ SMLOUVY/
NÁVRHU POJISTNÉ SMLOUVY

Vyplněný formulář zašlete poštou na kontaktní adresu Úzká 488/8, Brno, 602 00, případně na adresu sídla společnosti. Prosíme, zvolte vždy jen jednu variantu zaslání. V případě dlouhodobé pracovní neschopnosti (dále jen „PN“) si nechte svým ošetřujícím lékařem pravidelně po 30 dnech vystavit Potvrzení o trvání dočasné pracovní neschopnosti v papírové podobě¹⁾ a zašlete jej na uvedenou adresu. **K formuláři přiložte kopii části Rozhodnutí o dočasné pracovní neschopnosti, ve které je vyznačeno datum počátku a ukončení PN a kopie všech lékařských zpráv z průběhu léčení PN (záznamy od odborných i praktických lékařů okopírované ze zdravotní karty).**

Pokud byla sjednána denní dávka vyšší než 500 Kč na pojištění T266/T366 (PN s plněním od 1. dne), přiložte i potvrzení o výši příjmu. V případě zaměstnance je jím hrubý měsíční příjem za poslední kalendářní čtvrtletí, v případě OSVČ přiložte kopii daňového přiznání za poslední uzavřené zdaňovací období. Případné náklady na vystavení všech požadovaných dokumentů nese pojištěný.

Pojištěný (osoba, která je/byla práceneschopná)

PŘÍJMENÍ, JMÉNO, TITUL

RODNÉ PŘÍJMENÍ

RODNÉ ČÍSLO

ADRESA TRVALÉHO POBYTU
(ULICE, ČÍSLO, MĚSTO/OBEC)

PSČ

DOKLAD TOTOŽNOSTI OP/ID PAS

ČÍSLO DOKLADU TOTOŽNOSTI

STÁTNÍ
PŘÍSLUŠNOSTDOKLAD
TOTOŽNOSTI VYDAL

DATUM VYDÁNÍ

PLATNOST
DO

TELEFON

Údaje o PN a pojištěném

ADRESA POBYTU BĚHEM PN

NEMOCENSKÉ POJIŠTĚNÍ? ANO NE

NÁZEV A ADRESA ZAMĚSTNAVATELE

ZAMĚSTNÁNÍ/DRUH PODNIKATELSKÉ ČINNOSTI

OBOR ČINNOSTI

POJIŠTĚNÝ PROHLAŠUJE, ŽE JE:

 ZAMĚSTNANEC OSVČ NEZAMĚSTNANÝ

OD KDY

(vyplňte v případě
nezaměstnaného)

POJIŠTĚNÝ PROHLAŠUJE, ŽE NENÍ:

 NA MATEŘSKÉ/RODIČOVSKÉ DOVOLENÉ BEZ VÝDĚLEČNÉ ČINNOSTI STUDENT DŮCHODCE INVALIDNÍ DŮCHODCE

UNIQA linka: +420 488 125 125, e-mail: info@uniqa.cz, www.uniqa.cz
Kontaktní adresa: UNIQA pojišťovna, a.s., Úzká 488/8, 602 00 Brno, Česká republika
UNIQA pojišťovna, a.s., se sídlem Evropská 810/136, 160 00 Praha 6, Česká republika, IČO: 492 40 480,
společnost je zapsána v obchodním rejstříku vedeném Městským soudem v Praze, oddíl B, vložka 2012



LOO

Doplňující informace

JSTE KUŘÁK? ANO NE
 ABSOLVUJETE PRAVIDELNĚ PREVENTIVNÍ
 PROHLÍDKY U PRAKTICKÉHO LÉKAŘE?

POČET KUSŮ CIGARET DENNĚ _____

ANO NE DATUM POSLEDNÍ PROHLÍDKY

Výplata pojistného plnění (vyplňte v případě, že žádáte o výplatu plnění na bankovní účet)

BANKOVNÍ ÚČET - /
 ČÍSLO

Pokud nemáte bankovní účet, pojistné plnění Vám bude zasláno poštovní poukázkou na výše uvedenou adresu trvalého pobytu.

Identifikace a prohlášení zástupce pojištěného (nevyplňuje se, pokud pojistnou událost oznamuje sám pojištěný)

PŘÍJMENÍ, JMÉNO, TITUL _____ MUŽ ŽENA

ADRESA TRVALÉHO POBYTU (ULICE, ČÍSLO, MĚSTO/OBEC) _____ PSČ

DATUM NAROZENÍ RODNÉ ČÍSLO / STÁTNÍ PŘÍSLUŠNOST _____

MÍSTO NAROZENÍ _____

DOKLAD TOTOŽNOSTI OP/ID PAS ČÍSLO DOKLADU TOTOŽNOSTI _____
 DOKLAD TOTOŽNOSTI VYDAL _____ DATUM VYDÁNÍ PLATNOST DO

DOKLAD O OPRÁVNĚNÍ ZASTUPOVAT/JEDNAT²⁾ _____

DRUH DOKLADU _____ ČÍSLO DOKLADU _____

ZÁKONNÝ ZÁSTUPCE PROHLAŠUJE, ŽE JE NA JEHO MAJETEK PROHLÁŠEN KONKURS ANO NE **ZÁKONNÝ ZÁSTUPCE PROHLAŠUJE, ŽE INSOLVENČNÍ ŘÍZENÍ VEDENÉ PROTI NĚMU BYLO ZASTAVENO PRO NEDOSTATEK MAJETKU** ANO NE

PŘÍJMENÍ, JMÉNO, TITUL _____ MUŽ ŽENA

ADRESA TRVALÉHO POBYTU (ULICE, ČÍSLO, MĚSTO/OBEC) _____ PSČ

DATUM NAROZENÍ RODNÉ ČÍSLO / STÁTNÍ PŘÍSLUŠNOST _____

MÍSTO NAROZENÍ _____

DOKLAD TOTOŽNOSTI OP/ID PAS ČÍSLO DOKLADU TOTOŽNOSTI _____
 DOKLAD TOTOŽNOSTI VYDAL _____ DATUM VYDÁNÍ PLATNOST DO

DOKLAD O OPRÁVNĚNÍ ZASTUPOVAT/JEDNAT²⁾ _____

DRUH DOKLADU _____ ČÍSLO DOKLADU _____

ZÁKONNÝ ZÁSTUPCE PROHLAŠUJE, ŽE JE NA JEHO MAJETEK PROHLÁŠEN KONKURS ANO NE **ZÁKONNÝ ZÁSTUPCE PROHLAŠUJE, ŽE INSOLVENČNÍ ŘÍZENÍ VEDENÉ PROTI NĚMU BYLO ZASTAVENO PRO NEDOSTATEK MAJETKU** ANO NE

Pokud nezletilého pojištěného zastupuje zákonný zástupce, tento čestně prohlašuje, že je způsobilý k právním jednáním v plném rozsahu, nebyl zbaven rodičovské odpovědnosti a je oprávněn zastupovat a spravovat věci nezletilého pojištěného (uvedeného výše) a je si vědom(a) důsledků, pokud by v prohlášení uvedl(a) nepravdivé údaje. V případě, že se toto prohlášení ukáže nepravdivým, prohlašuje tato osoba, že uhradí UNIQA pojišťovně, a.s. veškerou újmu, která jí vznikne výplatou pojistného plnění na základě takto nepravdivého prohlášení.

Zástupce pojištěného uděluje pojistiteli UNIQA pojišťovna, a.s. souhlas s tím, aby jeho výše uvedené údaje zpracovával v rámci své činnosti v pojišťovnictví po dobu nezbytnou pro zajištění výkonu práv a plnění povinností vyplývajících z pojistné smlouvy a poskytoval tyto údaje do jiných států (členských zemí Evropské Unie i třetích států), pokud to bude nezbytné pro zajištění výkonu práv a plnění povinností z pojistné smlouvy. Poskytnutí osobních údajů je dobrovolné, je však nezbytnou podmínkou šetření pojistné události.

¹⁾ Dříve tzv. lístek na peníze; od 1. 1. 2020 tento doklad přestal existovat a byl nahrazen tzv. e-neschopenkou. Na Vaši žádost Vám však lékař může toto potvrzení vystavit v papírové podobě. Je dobré uvést důvod Vaší žádosti, tedy potvrzení pro pojistitele o trvání pracovní neschopnosti.

²⁾ V případě, že jde o rodiče nezletilého pojištěného, není třeba vyplnit. Druh dokladu o oprávnění zastupovat/jednat může být např. soudní rozhodnutí o osvojení nezletilého, usnesení o ustanovení opatrovníka/plná moc s úředně ověřeným podpisem zmocnítele.

Podpisy, přílohy a prohlášení

Pojištěný/zástupce pojištěného potvrzuje pravdivost, úplnost a platnost všech údajů a odpovědí uvedených na všech stranách tohoto formuláře a rovněž prohlašuje, že na všechny dotazy odpověděl(a) pravdivě a je si vědom(a) důsledků nepravdivých a nesprávných údajů a odpovědí na přiznání pojistného plnění. **Pojištěný/zástupce pojištěného souhlasí, aby si UNIQA pojišťovna, a.s. vyžádala veškerou potřebnou dokumentaci od příslušných zdravotnických zařízení, zdravotních pojišťoven, státních orgánů apod.**

Pojištěný jednající přímo či prostřednictvím svého zástupce zmocňuje pojistitele, aby z důvodu zjištění jeho zdravotního stavu, případně i zjištění příčin jeho smrti, v souvislosti s výkonem práv a plněním povinností pojistitele plynoucích z pojistné smlouvy, činil dotazy, a to i po smrti pojištěného, ohledně jeho zdravotního stavu u příslušných lékařů (zdravotnických zařízení) či zdravotních pojišťoven a žádal tyto lékaře (zdravotnická zařízení) či zdravotní pojišťovny o poskytnutí zpráv, pořízení výpisů nebo opisů ze zdravotnické dokumentace či jiné dokumentace vedené o osobě pojištěného, popř. z jiných zápisů, které se vztahují k jeho zdravotnímu stavu, popř. tyto výpisy a opisy pořizoval sám. Zároveň v souladu s § 51 odst. (2) písm. b) zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (dále jen „zákon o zdravotních službách“), v platném znění, pojištěný opravňuje příslušného lékaře (zdravotnické zařízení), aby pojistiteli na jeho žádost v rozsahu výše uvedeného zmocnění poskytl požadované informace tak, jak je povinen je poskytovat pacientovi podle § 65 odst. (1) citovaného zákona o zdravotních službách.

Pojištěný jednající přímo či prostřednictvím svého zástupce bere na vědomí, že pojistitel dle zákona č. 110/2019 Sb., o zpracování osobních údajů, zpracovává jeho osobní údaje a údaje o jeho zdravotním stavu. Pojištěný souhlasí s tím, aby pojistitel takové osobní údaje a údaje o zdravotním stavu zpracovával v rámci své činnosti v pojišťovnictví po dobu nezbytnou pro zajištění výkonu práv a plnění povinností vyplývajících z pojistné smlouvy a poskytoval tyto údaje do jiných států (členských zemí Evropské Unie i třetích států), pokud to bude nezbytné pro zajištění výkonu práv a plnění povinností z pojistné smlouvy. Poskytnutí osobních údajů je dobrovolné, je však nezbytnou podmínkou šetření pojistné události. Pojištěný/zástupce pojištěného má ve smyslu zákona o zpracování osobních údajů právo přístupu k osobním údajům, právo na jejich opravu, jakož i právo na vysvětlení ohledně jejich zpracování a odstranění případného závadného stavu, pokud se domnívá, že jejich zpracování je prováděno v rozporu se zákonem a rovněž právo obrátit se na Úřad pro ochranu osobních údajů, pokud nebude jeho žádosti vyhověno.

Ověření totožnosti (včetně ověření shody podoby pojištěného/zástupce pojištěného s vyobrazením v průkazu totožnosti) provedl níže podepsaný zástupce pojistitele. Ověření totožnosti a podpis zástupce pojistitele nejsou nutné, pokud identifikace a ověření identifikace pojištěného/zástupce pojištěného již byly provedeny při jiném úkonu.

DATUM PODPISU

MÍSTO PODPISU

POČET
PŘÍLOH

PODPIS POJIŠTĚNÉHO/ZÁSTUPCE
POJIŠTĚNÉHO

PODPIS ZÁSTUPCE POJISTITELE (NA ZÁKLADĚ PLNÉ MOCI)

ZA POJIŠTĚNÉHO PODEPISUJE (VYPLŇTE ČÁST IDENTIFIKACE A PROHLÁŠENÍ ZÁSTUPCE POJIŠTĚNÉHO)

- ZÁKONNÝ ZÁSTUPCE
- ZMOCNĚNÝ ZÁSTUPCE (PŘILOŽTE PLNOU MOC)
- OPATROVNÍK (PŘILOŽTE ROZHODNUTÍ SOUDU)

Zpráva lékaře

Pracovní neschopnost

ČÍSLO POJISTNÉ SMLOUVY/
NÁVRHU POJISTNÉ SMLOUVY

VYPLNÍ OŠETŘUJÍCÍ LÉKAŘ

NÁKLADY NA VYPLNĚNÍ TĚTO ZPRÁVY NESE POJIŠTĚNÝ.

Pojištěný (osoba, která je/byla práceneschopná)

PŘÍJMENÍ, JMÉNO, TITUL

RODNÉ ČÍSLO

1. Část – průběh PN (vyplňte pouze v případě dlouhodobé PN pravidelně po 30 dnech trvání PN)

DATUM KONTROLY,
RESP. OŠETŘENÍ

LÉKAŘSKÝ NÁLEZ (ZMĚNA DIAGNÓZY, ZPŮSOB REHABILITACE ATD.)

DATUM BUDOUCÍ
KONTROLY

BYLO PROVEDENO HODNOCENÍ LÉKAŘSKOU POSUDKOVOU KOMISÍ (LPK)? ANO NE

POKUD ANO, UVEĎTE ZÁVĚRY LPK

Potvrzuji, že údaje ve Zprávě lékaře se týkají osoby pojištěného uvedeného na první straně formuláře jako „pojištěný“ a že jsem tuto zprávu vypracoval/a na základě zdravotní dokumentace vystavené zdravotnickým zařízením uvedeným níže.

DATUM PODPISU

MÍSTO PODPISU

TELEFON LÉKAŘE

POČET PŘÍLOH

JMÉNO A ADRESA LÉKAŘE/ZDRAVOTNICKÉHO
ZAŘÍZENÍ

RAZÍTKO A PODPIS LÉKAŘE

V případě dlouhodobé PN si nechte svým ošetřujícím lékařem pravidelně po 30 dnech potvrdit Potvrzení o trvání dočasné pracovní neschopnosti v papírové podobě¹⁾ a zašlete na uvedenou kontaktní adresu.

2. Část – začátek a ukončení PN

DŮVOD PN PRACOVNÍ ÚRAZ ÚRAZ ZAVINĚNÝ JINOU OSOBOU SEBEPOŠKOZENÍ NEMOC Z POVOLÁNÍ OSTATNÍ NEMOCI/ÚRAZY

PODEZŘENÍ Z VLIVU ALKOHOLU NEBO OMAMNÝCH LÁTEK ANO NE

NESCHOPEN PRÁCE OD HOSPITALIZACE OD DO

ČÍSLO DOKLADU PN DIAGNÓZA DLE WHO

DIAGNÓZA SLOVEM

POPIS LÉKAŘSKÉHO NÁLEZU – DETAILNĚ (RTG – DATUM A PODPIS ATD.),
 V PŘÍPADĚ POTŘEBY UVEĎTE PODROBNĚJŠÍ ÚDAJE NA SAMOSTATNÉ PŘÍLOZE

VYCHÁZKY (ČASOVÉ ROZPĚTÍ) OD DO OD DO

ZMĚNA VYCHÁZEK ODE DNE

V ČASOVÉM ROZPĚTÍ OD DO OD DO

LÉČIL SE PACIENT S TÍMTO ONEMOCNĚNÍM, PŘÍP. ÚRAZEM JIŽ DŘÍVE? ANO NE

POKUD ANO, UVEĎTE OBDOBÍ, KDY PROBÍHALA LÉČBA, KDE A JAK OD DO

DATUM UKONČENÍ PN SCHOPEN PRÁCE OD BYL PŘERUŠEN LÉČEBNÝ REŽIM? ANO NE

Potvrzuji, že údaje v této Zprávě lékaře se týkají osoby pojištěného uvedené na první straně formuláře jako „pojištěný“, a že jsem tuto zprávu vypracoval(a) na základě zdravotní dokumentace vystavené zdravotnickým zařízením uvedeným níže.

DATUM PODPISU MÍSTO PODPISU

TELEFON LÉKAŘE POČET PŘÍLOH

JMÉNO A ADRESA LÉKAŘE/ZDRAVOTNICKÉHO ZAŘÍZENÍ

RAZÍTKO A PODPIS LÉKAŘE