

**Oznámení pojistné události
PRACOVNÍ NESCHOPNOST***(použijte v případě Pojištění pravidelných výdajů či Pojištění stálých plateb s ČP ZDRAVÍ)***Údaje o pojištěném (vyplňuje pojištěný)**Číslo pojistné smlouvy Rodné číslo / Příjmení Jméno Kontaktní adresa (ulice, místo, PSČ) e-mail Telefon Počátek pracovní neschopnosti **Ošetřující (praktický) lékař**Příjmení, jméno lékaře Adresa lékaře Telefon lékaře

Mezi Vaše pravidelné výdaje či stálé platby patří (vhodné zakřížkujte) :

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> platba nájmu/podnájmu bytu či domu určeného k bydlení | <input type="checkbox"/> platba za vodné/stočné |
| <input type="checkbox"/> splácení členského podílu u družstevního bydlení | <input type="checkbox"/> platba svozu domovního odpadu |
| <input type="checkbox"/> příspěvky na fond oprav | <input type="checkbox"/> televizní a rozhlasové poplatky |
| <input type="checkbox"/> platba nájmu za parkovací nebo garážové stání | <input type="checkbox"/> platba za telefon |
| <input type="checkbox"/> platba za odběr elektřiny a plynu | <input type="checkbox"/> platba za datové služby – internet |
| <input type="checkbox"/> platba za externí dodávku tepla a teplé vody | <input type="checkbox"/> platba za vzdělání a školské služby |

Vyplňte jen v případě, že máte sjednáno připojištění splátek úvěrů (platí jen pro Pojištění stálých plateb s ČP ZDRAVÍ):

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> splátka hypotečního úvěru | <input type="checkbox"/> splátka spotřebitelského úvěru |
| <input type="checkbox"/> splátka úvěru ze stavebního spoření | <input type="checkbox"/> splátka finančního leasingu |

K vyplněnému a podepsanému formuláři přiložte následující dokumenty a odešlete jej na adresu ČP ZDRAVÍ uvedenou níže.

- Kopie řádně vyplněného II. dílu „Rozhodnutí o vzniku dočasné pracovní neschopnosti“ (tzv. státní neschopenky)
- Kopie dokladů prokazujících výši Vašich pravidelných výdajů či stálých plateb za období:
 - 3 měsíců (v případě Pojištění pravidelných výdajů)
 - 12 měsíců (v případě Pojištění stálých plateb s ČP ZDRAVÍ)předcházejících měsíci vzniku pracovní neschopnosti, např. výpisy z Vašeho bankovního účtu nebo jiný platební doklad znějící na Vaše jméno (SIPO, poštovní poukázky, aj.)
- Kopie dokladů prokazujících výši Vašeho čistého příjmu za poslední zdaňovací období před vznikem pracovní neschopnosti (platí jen pro Pojištění pravidelných výdajů při sjednané pojistné částce 10 000 či 15 000 Kč za měsíc)

V _____ dne _____ Podpis pojištěného: _____