

**Extra Optimal - Oznámení zproštění od placení pojistného  
pro případ dočasné pracovní neschopnosti nebo plné invalidity**

**- POKYNY K VYPLNĚNÍ -**

Zproštění od placení pojistného pro případ dočasné pracovní neschopnosti se uskuteční od následující splatnosti pojistného po vzniku pracovní neschopnosti, pokud však tato trvala bez prodlení déle než 5 měsíců.

Pro zproštění od placení pojistného pro případ dočasné pracovní neschopnosti prosím přiložte:

- Formulář Extra Optimal.
- Formulář Potvrzení dočasné pracovní neschopnosti.
- Kopii dokladu Rozhodnutí o dočasné pracovní neschopnosti, kterou Vám vystavil Váš ošetřující lékař pro účely ČSSZ.
- Kopie zdravotní dokumentace o průběhu léčby.

Zproštění od placení pojistného z důvodu plné invalidity se uskuteční po rozhodnutí ČSSZ, v případě uznání invalidního důchodu na základě snížené schopnosti vykonávat soustavnou výdělečnou činnost, a to o více jak 70 %.

Pro zproštění od placení pojistného z důvodu plné invalidity prosím přiložte:

- Formulář Extra Optimal.
- Kopii potvrzení Rozhodnutí ČSSZ ohledně přiznání invalidního důchodu a stanovení jeho výše.
- Kopie zdravotní dokumentace o průběhu léčby.

Zproštění od placení pojistného z důvodu celkové ztráty funkce zraku nebo nenávratného poškození funkce zraku obou očí nebo obou rukou nad zápěstím nebo obou nohou nad kotníkem nebo jedné ruky nad zápěstím a jedné nohy nad kotníkem.

Pro zproštění od placení pojistného z důvodu celkové nebo neobnovitelné ztráty prosím přiložte:

- Formulář Extra Optimal.
- Kopie zdravotní dokumentace dokládající ztrátu tělesné funkce.

Pro účely likvidačního řízení mohou být pojišťovnou vyžádány další podklady.

Pro konečné stanovení nároku na zproštění od placení pojistného platí v plném rozsahu Všeobecné pojistné podmínky pro zproštění od placení pojistného pro případ dočasné pracovní neschopnosti nebo plné invalidity (Extra Optimal).

Informace o zpracování Vašich osobních údajů naleznete na [www.youplus.cz](http://www.youplus.cz) v sekci Osobní údaje.

Veškeré podklady zašlete prosím na adresu společnosti:

**Youplus Insurance International AG, pobočka pro Českou republiku, Paříkova 910/11a, 190 00 Praha 9 – Vysočany**

V případě jakýchkoliv dotazů nás kontaktujte na infolince: **+420 800 700 088** nebo e-mailem: **basler@youplus.cz**.

## Extra Optimal - Oznámení zproštění od placení pojistného pro případ dočasné pracovní neschopnosti nebo plné invalidity

### Informace pro pojištěnou osobu:

1. Tento formulář vyplní pojištěná osoba, případně její zákonný zástupce.
2. Vyplněním tohoto formuláře nevzniká automaticky nárok na pojistné plnění.
3. Vyplněný formulář zašlete na adresu: **Youplus Insurance International AG, pobočka pro Českou republiku, Paříkova 910/11a, 190 00 Praha 9 - Vysočany.**

### ČÍSLO POJISTNÉ SMLOUVY:

CZL .....

Uvedte číslo pojistné smlouvy, u které jste zažádal/a o zproštění od placení pojistného.

### ÚDAJE O POJIŠTĚNÉ OSOBĚ

Jméno a příjmení pojištěného:..... ☎Kontakt: .....

Rodné číslo: ..... E-mail:.....

Povolání (profese) v době vzniku úrazu:..... Povolání od (měsíc/rok): .....

Adresa: ..... PSČ: .....

Máte sjednáno úrazové pojištění u jiného pojistitele?  ano  ne

Pokud ano, uveďte jméno pojistitele/ů: .....

### TÍMTO ŽÁDÁM O ZPROŠTĚNÍ OD PLACENÍ POJISTNÉHO

pro případ dočasné pracovní neschopnosti trvající déle než 5 měsíců

z důvodu plné invalidity

z důvodu plné invalidy při celkové a neobnovitelné ztrátě

### POKYNY POJIŠTĚNÉ OSOBY K VÝPLATĚ POJISTNÉHO PLNĚNÍ

Pojistné plnění poukažte na číslo účtu:

Kód banky:

Prohlašuji, že jsem odpověděl/a pravdivě a úplně a uvedené údaje odpovídají skutečnostem. Jsem si vědom/a toho, že nepravdivé nebo neúplné údaje v tomto oznámení mohou vést ke ztrátě pojistné ochrany a k velkým postihům, dokonce i když pojistiteli kvůli těmto informacím nevznikne žádná škoda. Za správnost údajů jsem zodpovědný/á, i pokud toto oznámení vyplnila třetí osoba (např. manžel/ka, zprostředkovatel).

Jsem si vědom/a toho, že pojistitel k posouzení nároku prověří pravdivost mých údajů, které jsem zaslal/a písemnou formou, také údaje, které na můj vlastní podnět realizovala nemocnice, resp. jiný léčebný ústav nebo zdravotnické zařízení. Souhlasím, aby pojišťovna zjišťovala můj (nezletilého pojištěného) zdravotní stav. Tímto zbavuji mlčenlivosti všechny lékaře a opravňuji je, aby poskytli pojišťovně informace, zdravotnickou dokumentaci týkající se léčby úrazu, onemocnění, resp. zdravotního stavu. Současně zmocňuji pojišťovnu, aby se za účelem došetření pojistné události, zdravotního stavu nebo za účelem přezkoumávání oznámených údajů a zjištění dalších okolností spojila s jinými pojišťovnami a dalšími veřejnými a soukromými subjekty a souhlasím, aby tyto instituce poskytly pojišťovně požadované informace.

**Pojištěný tímto dává lékařům výslovný písemný souhlas s poskytnutím údajů o jeho zdravotním stavu pojišťovně Youplus Insurance International AG.**

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

.....  
Podpis pojištěného, resp. jeho zákonného zástupce

## Zpráva ošetřujícího lékaře - Potvrzení dočasné pracovní neschopnosti

**Informace pro lékaře:** Poskytnutí údajů je v souladu se souhlasem pojištěné osoby (viz přední strana). Prosíme Vás o přesné a úplné vyplnění všech otázek. V případě, že Vám pojištěná osoba za vyplnění tohoto formuláře platí poplatek, dovoluujeme si Vás požádat o vystavení originálu příjmového pokladního dokladu.

<b>Jméno a příjmení klienta:</b>	<b>Rodné číslo:</b>
----------------------------------	---------------------

VYPLŇTE V PŘÍPADĚ NEMOCI ČI ÚRAZU	
<b>Práce neschopen/neschopna od:</b>	
<b>Důvod dočasné pracovní neschopnosti:</b>	<input type="checkbox"/> pracovní úraz <input type="checkbox"/> úraz ve volném čase <input type="checkbox"/> ostatní úrazy <input type="checkbox"/> sebepoškození <input type="checkbox"/> chronické onemocnění <input type="checkbox"/> ostatní onemocnění
<b>Uveďte číslo Potvrzení dočasné pracovní neschopnosti a datum jejího vystavení:</b> <i>Pokud nebylo vystavené potvrzení o dočasné pracovní neschopnosti, uveďte důvod:</i>	
<b>Uveďte přesnou diagnózu, pro kterou byla vystavena pracovní neschopnost:</b>	<i>hlavní diagnóza:</i> _____ <i>ostatní diagnózy:</i> _____
<b>Byl pojištěný již v minulosti vyšetřován a/nebo léčen pro stejné a/nebo podobné potíže? Resp. bylo pojištěnému již v minulosti diagnostikováno toto onemocnění?</b> <i>Pokud ano, uveďte podrobnosti:</i>	<input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> ano
<b>Došlo v průběhu pracovní neschopnosti k jiným zdravotním obtížím nebo komplikacím?</b> <i>Pokud ano, uveďte podrobnosti:</i>	<input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> ano

VYPLŇTE POUZE V PŘÍPADĚ ÚRAZU	
<b>Kdy došlo k úrazu:</b>	<i>datum/hodina:</i> _____ <i>místo:</i> _____
<b>Co uvedl pojištěný jako příčinu úrazu?</b>	
<b>Uveďte slovní diagnózu všech tělesných poškození způsobené úrazem (lze-li pak i kód diagnózy podle MKN-10):</b>	
<b>Byla úrazem postižená část těla již dříve poškozena jiným úrazem nebo nějakým onemocněním?</b> <i>Pokud ano, uveďte podrobnosti:</i>	<input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> ano
<b>Lze předpokládat, že úraz zanechá trvalé následky?</b> <i>Pokud ano, uveďte podrobnosti:</i>	<input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> ano
<b>Přiložte fotokopie případných odborných vyšetření, která pojištěný absolvoval v souvislosti s uvedenou pracovní neschopností.</b>	

V případě požadavků posudkového lékaře pojišťovny Youplus Insurance International AG, vyslovuji souhlas ke spolupráci. Čestně prohlašuji, že jsem odpověděl(a) pravdivě a úplně na všechny otázky a jsem si vědom(a) důsledků nepravdivých odpovědí.

V ..... dne: .....

.....  
Razítko a podpis ošetřujícího lékaře + ☎kontakt