



Oznámení pracovní neschopnosti¹⁾ pobytu v nemocnici ošetřování dítěte

Na tomto formuláři lze uplatnit právo na pojistné plnění za pracovní neschopnost (PN), pobyt v nemocnici nebo ošetřování dítěte (označte křížkem, za kterou z událostí uplatňujete nárok na pojistné plnění). **Vyplňte část B. až E.** – bez jejich úplného vyplnění včetně podpisu nelze poskytnout pojistné plnění – v části C. uveďte čísla všech smluv, jimiž jste u pojistitele pojištěn(a) pro případ pojistné události, za kterou uplatňujete nárok, a **předejte k vyplnění části H. svému lékaři. Náklady spojené s vyplněním zprávy lékaře pojistitel nehradí.**

Uplatňujete-li právo na pojistné plnění za **pracovní neschopnost** (ukončenou, nebo neukončenou v případě žádosti o zálohu na pojistné plnění), **doložte II. díl** Rozhodnutí o dočasné PN, tj. **Průkaz dočasné práce neschopného pojištěnce**; jde-li o PN následkem úrazu, doložte i lékařské zprávy z průběhu léčení tohoto úrazu. Trvá-li PN déle než dva měsíce, můžete pojistitele požádat o zálohu na pojistné plnění. Jste-li OSVČ neplátce nemocenského pojištění, doložte pracovní neschopnost pouze zprávou lékaře v části H. a věnujte pozornost prohlášení v části C. V případě, že jste příslušným úřadem práce evidován jako uchazeč o zaměstnání, doložte potvrzení o této skutečnosti.

Uplatňujete-li právo na pojistné plnění **za pobyt v nemocnici**, přiložte propouštěcí zprávu z nemocnice, příp. jiný doklad - např. operační protokol, pokud jste byl(a) operován(a). Uplatňujete-li právo na pojistné plnění **za ošetřování dítěte**, přiložte kopii úplně vyplněného II. dílu tiskopisu ČSSZ - 89 625 3 „Rozhodnutí o potřebě ošetřování (péče)“.

A. POJISTITEL Kooperativa pojišťovna, a.s., Vienna Insurance Group, Pobřežní 665/21, 186 00 Praha 8, Česká republika
IČO 47116617, zapsaná v obchodním rejstříku u Městského soudu v Praze, sp. zn. B 1897

B. POJIŠTĚNÝ

¹⁾ Platnou variantu označte křížkem (platí i v ostatních případech s možností více variant).
²⁾ U cizinců se zapíše datum narození ve tvaru RRMMDD/9999.
³⁾ Je-li označeno křížkem Ano, vyplňte formulář Vo-118/7670 (Z 6110) „Identifikace a základní kontrola klienta - fyzické osoby“, bližší na www.koop.cz.
⁴⁾ Není-li vyplněno, platí stát ČR.

Rodné číslo ²⁾	Příjmení	Jméno	Titul
Adresa pro účely vyřizování této pojistné události Ulice (místo), číslo popisné/orientační		<input type="checkbox"/> Jste daňovým rezidentem (i) jiného státu než ČR? Kterého ^{2),3)}	
Obec – dodací pošta		PSČ	<input type="checkbox"/> Jiný stát než ČR, jaký, ZIP kód ⁴⁾
E-mail (uvedení e-mailové adresy pojištěný / oprávněná osoba / zákonný zástupce souhlasí pro účely vyřizování této pojistné události s komunikací prostřednictvím tohoto e-mailu)		Mobilní telefon	Telefon

C. ÚDAJE O POJIŠTĚNÍ A POJISTNÉ UDÁLOSTI

Číslo pojistné smlouvy	Číslo pojistné smlouvy	Číslo pojistné smlouvy	Číslo pojistné smlouvy
Počátek pracovní neschopnosti	Konec pracovní neschopnosti	Příčina pracovní neschopnosti (uveďte konkrétní nemoc nebo úraz)	
Počátek pobytu v nemocnici	Konec pobytu v nemocnici	Příčina pobytu v nemocnici (uveďte konkrétní nemoc nebo úraz)	
Počátek ošetřování dítěte	Konec ošetřování dítěte	Příčina ošetřování (uveďte konkrétní nemoc nebo úraz)	

Zaměstnanci / společníci / jednatelé s.r.o.: Název a adresa zaměstnavatele a druh vykonávané práce (profese) v době počátku pracovní neschopnosti nebo ošetřování dítěte

OSVČ vč. spolupracujících osob / společníci / jednatelé s.r.o. plátce neplátce nemocenského pojištění⁵⁾ IČO

Prohlašuji, že nejsem osoba bez zdanitelných příjmů a po dobu pracovní neschopnosti jsem nevykonával(a) žádnou výdělečnou činnost ani jsem nebyl(a) veden(a) v evidenci uchazečů o zaměstnání na úřadu práce.

⁵⁾ Vyplní osoby se zdanitelnými příjmy. Podpis pojištěného

D. ZPŮSOB VÝPLATY VÝPLATY PLNĚNÍ

Pojistné plnění poukažte na (uveďte pouze jednu z možností)

Číslo účtu _____ Kód banky _____ Specifický symbol _____

Adresu uvedenou v části B. Jinou adresu _____

Jako mimořádné pojistné na pojistnou smlouvu č. _____ Specifický symbol⁶⁾ _____
Název fondu _____

Jako běžné pojistné na pojistnou smlouvu č. _____

⁶⁾ Viz Informace pro klienta, též na www.koop.cz.
⁷⁾ Jste-li zákonným zástupcem takové osoby (např. rodičem, nebo opatrovníkem), uveďte své jméno a příjmení a níže se podepište.

ZÁKONNÝ ZÁSTUPCE jako příjemce pojistného plnění pro nezletilou nebo nespěleprávnou osobu⁷⁾

E. PŘILOŽENÉ DOKUMENTY

Rozhodnutí o dočasné PN Potvrzení výše příjmu Potvrzení úřadu práce Rozhodnutí o potřebě ošetřování (péče)

Propouštěcí zpráva Operační protokol Jiné:

F. ZMOCNĚNÍ PODLE ZÁKONA O POSKYTOVÁNÍ ZDRAVOTNÍCH SLUŽEB

Pojištěný uděluje v souladu s § 2828 zákona č. 89/2012 Sb., občanský zákoník, souhlas pojistiteli, aby zjišťoval či ověřoval jeho zdravotní stav pro účely šetření pojistných událostí či výkonu jiných práv a povinností z pojistné smlouvy, a to zejména formou dotazů u příslušných lékařů (poskytovatelů zdravotních služeb), žádostí o poskytnutí lékařských zpráv, porčení výpisů nebo opisů ze zdravotnické dokumentace, popř. z jiných zápisů, které se vztahují ke zdravotnímu stavu pojištěného; tento souhlas platí i po smrti pojištěného a vztahuje se i na zjištění příčiny jeho smrti. Dále pojištěný opravňuje k poskytnutí těchto informací správu sociálního zabezpečení.

Pojištěný zprošťuje v souladu s § 51 odst. 2 písm. b) zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování, příslušného lékaře, resp. poskytovatele zdravotních služeb, ve vztahu k pojistiteli mlčenlivosti ve stejném rozsahu, v jakém je pojistitel oprávněn požadovat informace či dokumenty podle předchozího odstavce, a dále podle toho, jak je povinen je poskytovat pacientovi podle § 31 a násl. citovaného zákona, a to i v případě, že jde o diagnózu, která se obvykle pacientům v plném rozsahu nesděluje.

G. ZPRACOVÁNÍ OSOBNÍCH ÚDAJŮ

V této části jsou uvedeny základní informace o zpracování Vašich osobních údajů. Tyto informace se na Vás uplatní, pokud jste fyzickou osobou. Více informací, včetně možnosti podání námítky v případě zpracování na základě oprávněného zájmu, práva na přístup a dalších práv, naleznete v příslušném dokumentu Informace o zpracování osobních údajů, který je trvale dostupný na webové stránce www.koop.cz v sekci „O pojistné Kooperativa“.

INFORMACE O ZPRACOVÁNÍ ÚDAJŮ O ZDRAVOTNÍM STAVU A GENETICKÝCH ÚDAJŮ
Berete na vědomí, že údaje o Vašem zdravotním stavu a genetické údaje zpracovává pojišťitel na základě nezbytnosti pro **určení, výkon a obhajobu právních nároků**, a to pro účely likvidace pojistné události, správy a ukončení pojistné smlouvy, ochrany právních nároků pojistitele a prevence a odhalování pojistných podvodů a jiných protiprávních jednání.

G. ZPRACOVÁNÍ OSOBNÍCH ÚDAJŮ

INFORMACE O ZPRACOVÁNÍ OSOBNÍCH ÚDAJŮ VYJMA ÚDAJŮ O ZDRAVOTNÍM STAVU A GENETICKÝCH ÚDAJŮ

Berete na vědomí, že identifikační a kontaktní údaje, údaje pro vyhodnocení potřeb a posouzení vhodnosti pojištění, údaje pro ocenění rizika při vstupu do pojištění a údaje o využívání služeb zpracovává pojišťitel na základě **oprávněného zájmu** pro účely zajištění řádného nastavení a plnění smluvních vztahů s pojištěným a souvisejících vztahů s pojištěným, správy a ukončení pojistné smlouvy, likvidace pojistné události, zajištění a soupojištění, ochrany právních nároků pojištětele a prevence a odhalování pojistných podvodů a jiných protiprávních jednání. Proti takovému zpracování máte právo kdykoliv podat námitku, která může být uplatněna způsobem uvedeným v příslušných Informacích o zpracování osobních údajů.

Berete na vědomí, že shora uvedené osobní údaje zpracovává pojišťitel také na základě a pro účely **plnění zákonných povinností**, které se na pojištětele vztahují.

Podpisem tohoto formuláře potvrzujete, že jste se důkladně seznámil(a) s příslušným dokumentem Informace o zpracování osobních údajů, zejména s rozsahem zpracovávaných údajů, právními základy (důvody), účely a dobou zpracování osobních údajů a právy, která Vám v této souvislosti náleží. Podpisem tohoto formuláře rovněž potvrzujete, že všechny údaje v tomto formuláři jste uvedl(a) úplně a pravdivě a že jejich případnou změnu oznámíte pojišťiteli bez zbytečného odkladu. Dále potvrzujete, že jste si vědom(a) právních důsledků, které mohou mít neúplné nebo nepravdivé odpovědi na povinnost pojištětele poskytnout pojistné plnění. Jste-li zákonným zástupcem nezletilého, který má nárok na pojistné plnění, prohlašujete, že jste plně svéprávný(á) a že jste nebyl(a) soudem zbaven(a) své rodičovské odpovědnosti ani omezen(a) v jejím výkonu. Dále prohlašujete, že jste si vědom(a), že pojistné plnění přebíráte ve prospěch nezletilého.

V
dne

2	0
---	---

Podpis pojištěného (oprávněné osoby)

Podpis zákonného zástupce*,
není-li pojištěný (oprávněná osoba) plně svéprávný

H. ZPRÁVA LÉKAŘE

Informace pro lékaře

Odměnu za vyplnění této zprávy Vám uhradí pojištěný (oprávněná osoba).

VŽDY JE NUTNÉ VYPLNIT PŘÍČINU PRACOVNÍ NESCHOPNOSTI, POBYTU V NEMOCNICI, OŠETŘOVÁNÍ DÍTĚTE.

Prosíme o čitelné vyplnění všech údajů. Nestačí-li pro požadované údaje místo v předtisknutých kolonkách, uveďte je na samostatném listu, který přiložíte k tomuto formuláři.

Lékař potvrzuje, že pojištěný

Rodné číslo ¹⁾	Příjmení	Jméno	Titul
---------------------------	----------	-------	-------

byl v dočasné pracovní neschopnosti hospitalizován ošetřovaným dítětem

Dotazy týkající se všech níže uvedených škodných událostí - VYPLŇTE VŽDY

Kdy bylo onemocnění u pojištěného poprvé diagnostikováno? Uveďte datum, název a adresu poskytovatele zdravotních služeb a jméno lékaře.

Kdy došlo k prvnímu lékařskému ošetření pojištěného? Uveďte datum, název a adresu poskytovatele zdravotních služeb a jméno lékaře.

Jde-li o onemocnění, uveďte, kdy se objevily první obtíže evidované ve zdravotní dokumentaci pojištěného (měsíc, rok), které byly v přičinné souvislosti s nynějším onemocněním, a o jaké příznaky se jednalo (popište chronologicky)

Datum indikace k případnému operačnímu řešení

PRACOVNÍ NESCHOPNOST

Počátek pracovní neschopnosti	Konec pracovní neschopnosti
-------------------------------	-----------------------------

Příčina pracovní neschopnosti (popis onemocnění nebo úrazu)	Kód diagnózy podle MKN-10 ²⁾	Doba léčení onemocnění nebo úrazu od - do

Byl vystaven tiskopis ČSSZ – 89 610 0 „Rozhodnutí o dočasné pracovní neschopnosti“? Ano Ne Uveďte jeho číslo, nebo důvod, proč nebyl vystaven.

Uveďte předchozí pracovní neschopnosti pojištěného za posledních 5 let (včetně kódu diagnózy podle MKN-10)

POBYT V NEMOCNICI

Počátek pobytu v nemocnici	Konec pobytu v nemocnici	Kód diagnózy podle MKN-10
----------------------------	--------------------------	---------------------------

Příčina pobytu v nemocnici - uveďte diagnózu (česky)

Byla hospitalizace přerušena (např. přes víkend)? Ano Ne Pokud ano, na kolik dní

Jde o opakovanou hospitalizaci v důsledku téže diagnózy? Ano Ne Pokud ano, uveďte data předchozí hospitalizace od - do

Jde-li o hospitalizaci nezletilého s doprovodem zletilé osoby, uveďte dobu pobytu doprovodu v nemocnici od - do

OŠETŘOVÁNÍ DÍTĚTE

Počátek ošetřování	Konec ošetřování
--------------------	------------------

Příčina ošetřování (popis onemocnění nebo úrazu)	Kód diagnózy podle MKN-10 ²⁾	Doba léčení onemocnění nebo úrazu od - do

Číslo vystaveného tiskopisu ČSSZ – 89 625 3 „Rozhodnutí o potřebě ošetřování (péče)“

Shora uvedené údaje případně doplňte kopiemi příslušných lékařských zpráv ze zdravotnické dokumentace pojištěného.

Název poskytovatele zdravotních služeb nebo jméno lékaře

Ulice (místo), číslo popisné/orientační	Obec - dodací pošta	PSČ
---	---------------------	-----

Název oddělení	Číslo oddělení	Telefon
----------------	----------------	---------

¹⁾ U cizinců se zapíše datum narození ve tvaru RRMMDD/9999.

²⁾ V případě více diagnóz vyplňte pro každou diagnózu zvlášť.

Datum

2	0
---	---

Razítko a podpis lékaře