



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 škodné události, za kterou uplatňujete nárok, a **předejte k vyplnění části F. svému lékaři.**

Uplatňujete-li právo na pojistné plnění za ukončenou **pracovní neschopnost**, přiložte kopii V. dílu tiskopisu ČSSZ – 89610 0 „Rozhodnutí o dočasné PN“. Trvá-li PN déle než tři měsíce, můžete pojistitele požádat o zálohu na pojistné plnění. V takovém případě přiložte kopii II. dílu uvedeného tiskopisu a ukončení PN doložte jeho V. dílem. Jste-li OSVČ neplátce nemocenského pojištění, doložte pracovní neschopnost pouze zprávou lékaře v části F. 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 úplné vyplněného II. dílu tiskopisu ČSSZ - 89 625 3 „Rozhodnutí o potřebě ošetřování (péče)“.

Náklady spojené s vyplněním zprávy lékaře pojistitel nehradí (podle zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění, ve znění pozdějších předpisů, jde o výkon provedený v osobním zájmu a na žádost fyzické osoby, který není hrazen ze zdravotního pojištění).

Osobní údaje vč. údajů o zdravotním stavu (dále jen „údaje“) jsou zpracovávány jen v rozsahu a po dobu nezbytnou k zajištění práv a povinností z pojištění. Neposkytnutí relevantních údajů může způsobit nemožnost plnění z pojištění. Údaje mohou být poskytnuty třetí osobě pouze v souladu se zákonem č. 101/2000 Sb., o ochraně osobních údajů. Subjekt údajů má právo na informaci o rozsahu zpracování jeho osobních údajů podle § 12 a právo na ochranu svých práv podle § 21 citovaného zákona.

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

Rodné číslo ²⁾	Příjmení	Jméno	Titul
Adresa trvalého pobytu/bydliště		<input type="checkbox"/> Jste daňovým rezidentem (i jiného státu než ČR? Kterého ^{2,3)} Ano	
Obec – dodací pošta		PSC	<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)	
Název a adresa zaměstnavatele a druh vykonávané práce (profese) v době počátku pracovní neschopnosti nebo ošetřování dítěte			
OSVČ <input type="checkbox"/> plátce <input type="checkbox"/> neplátce nemocenského pojištění Prohlašuji, že po dobu pracovní neschopnosti jsem nepodnikal ani nevykonával závislou samostatnou výdělečnou činnost.			

D. ZPŮSOB VÝPLATY PLNĚNÍ

Pojistné plnění poukáže na (uveďte pouze jednu z možností)

<input type="checkbox"/> Číslo účtu	Kód banky	Specifický symbol
<input type="checkbox"/> Pojistnou smlouvu č.	<input type="checkbox"/> Jinou adresu	Jméno a příjmení/Název
<input type="checkbox"/> Adresu trvalého pobytu/bydliště uvedenou v části B.	Ulice, číslo popisné/orientační, PSC, obec	

Náleží-li pojistné plnění nezletilé nebo nesvéprávné osobě, uveďte údaje o jejím zákonném zástupci (např. otec, matka, opatrovník).

E. PŘILOŽENÉ DOKUMENTY

Rozhodnutí o dočasné PN
 Potvrzení výše příjmu
 Potvrzení úřadu práce
 Rozhodnutí o potřebě ošetřování (péče)
 Propouštěcí zpráva
 Operační protokol
 Jiné:

Prohlašuji, že všechny údaje v tomto tiskopisu jsem uvedl(a) úplně a pravdivě. Jsem si vědom(a) právních důsledků neúplných nebo nepravdivých odpovědí na povinnost pojistitele plnit. Dále se zavazuji oznámit pojistiteli bez zbytečného odkladu každou změnu výše uvedených údajů. Zmocňuji tímto pojistitele, aby z důvodu zjištění mého zdravotního stavu v souvislosti s výkonem práv a plněním povinností pojistitele plynoucích z pojistné smlouvy činil dotazy, a to i po mé smrti, ohledně mého zdravotního stavu u příslušných lékařů (zdravotnických zařízení) a žádal tyto lékaře (zdravotnická zařízení) o pořízení výpisů nebo opisů ze zdravotnické dokumentace vedené o mé osobě, popř. z jiných zápisů, které se vztahují k mému zdravotnímu stavu. Zároveň v souladu s § 51 odst. 2 písm. b) zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování, opravuji 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 § 31 a násl. citovaného zákona.

V dne 2011

Podpis pojištěného (oprávněné osoby)

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

