



# Oznámení pracovní neschopnosti<sup>1)</sup> 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 částí 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 ukončenou **pracovní neschopnost**, přiložte kopii V. dílu tiskopisu ČSSZ – 89610 0 „Rozhodnutí o dočasné PN“; 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. 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 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**

Rodné číslo<sup>2)</sup> \_\_\_\_\_ Příjmení \_\_\_\_\_ Jméno \_\_\_\_\_ Titul \_\_\_\_\_

<sup>1)</sup> Platnou variantu označte křížkem  (platí i v ostatních případech s možností více variant).  
<sup>2)</sup> U cizinců se zapíše datum narození ve tvaru RRRMMDD/9999.  
<sup>3)</sup> Je-li označeno křížkem  Ano, vyplňte formulář Vo-118 (pro identifikaci fyzické osoby), bližší na www.koop.cz.  
<sup>4)</sup> Není-li vyplněno, platí stát ČR.

**Adresa pro účely vyřizování této pojistné události** Ulice (místo), číslo popisné/orientační \_\_\_\_\_  
 Jste daňovým rezidentem (i) jiného státu než ČR? Kterého?<sup>2),3)</sup>  
Ano \_\_\_\_\_  
 Jiný stát než ČR, jaký, ZIP kód<sup>4)</sup> \_\_\_\_\_

Obec – dodací pošta \_\_\_\_\_ PSČ \_\_\_\_\_  
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 pojištění<sup>5)</sup> \_\_\_\_\_ 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.**

<sup>5)</sup> 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 symbol<sup>6)</sup> \_\_\_\_\_  
Název fondu \_\_\_\_\_

Jako běžné pojistné na pojistnou smlouvu č. \_\_\_\_\_

**ZÁKONNÝ ZÁSTUPCE** jako příjemce pojistného plnění pro nezletilou nebo nesvéprávnou osobu<sup>7)</sup>

**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 pojišťovně Kooperativa“.

**INFORMACE O ZPRACOVÁNÍ ÚDAJŮ O ZDRAVOTNÍM STAVU A GENETICKÝCH ÚDAJŮ**  
Berejte na vědomí, že údaje o Vašem zdravotním stavu a genetické údaje zpracovává pojistitel 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 pojištěním a souvisejících vztahů s pojištěním, správy a ukončení pojistné smlouvy, likvidace pojistné události, zajištění a soupojištění, ochrany právních nároků pojistitele a prevence a odhalování pojistných podvodů a jiných protiprávních jednání. Proti takovému zpracování máte právo kdykoli 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 pojišťitele 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 pojišťitele poskytnout pojistné plnění.

V  
dne

2	0	1
---	---	---

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<sup>1)</sup>

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 příčinné 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<sup>2)</sup>

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<sup>2)</sup>

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

<sup>1)</sup> U cizinců se zapisuje datum narození ve tvaru RRMMDD/9999.

<sup>2)</sup> V případě více diagnóz vyplňte pro každou diagnózu zvlášť.

Datum

2	0	1
---	---	---

Razítko a podpis lékaře