Kooperativa
VIENNA INSURANCE GROUP

Vyplněný formulář včetně příloh zašlete na adresu:
Kooperativa pojišťovna, a.s.,
Vienna Insurance Group
Centrum zákaznické podpory
Brněnská 634, 664 42 Modřice

Prezentační razítko

00000000OZ0158

0 0 2

Oznámení pojistné události ☐ pracovní neschopnost ☐ pobyt v nemocnici

Na tomto formuláři lze uplatnit právo na pojistné plnění za pracovní neschopnost (PN) nebo pobyt v nemocnici/hospitalizaci (označte křížkem, za kterou z událostí uplatňujete nárok na pojistné plnění). **Vyplňte části B. až F.** – bez jejich úplného vyplnění včetně podpisu nelze poskytnout pojistné plnění – v části D. uveďte čísla všech smluv, jimiž jste u pojistitele pojištěn(a) pro případ pojistné události, za kterou uplatňujete nárok, a **předejte k vyplnění části I. 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 práce neschopného pojištěnce**; jde-li o PN následkem úrazu, doložte i lékařské zprávy z průběhu léčení tohoto úrazu. V případě dlouhodobé PN můžete požádat o zálohu na pojistné plnění. Jste-li OSVČ neplátce nemocenského pojištění, doložte pracovní neschopnost pouze zprávou lékaře v části I. a věnujte pozornost prohlášení v části D. V případě, že jste nezaměstnaný, doložte potvrzení o této skutečnosti. V případě, že máte ukončený pracovní poměr (i v průběhu pracovní neschopnosti), doložte potvrzení o této skutečnosti. Uplatňujete-li právo na pojistné plnění **za pobyt v nemocnici**, přiložte úplnou závěrečnou propouštěcí zprávu z nemocnice.

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]) U cizinců se zapíše datum narození ve tvaru RR/MM/DD/9999.
[2]) Není-li vyplněno, platí stát ČR/státní občanství ČR/daňový rezident ČR.
[3]) Uvedením e-mailové adresy osoba uvedená v části B. nebo C., pokud uplatňuje právo na pojistné plnění, souhlasí pro účely vyřizování této pojistné události s komunikací prostřednictvím tohoto e-mailu.
[4]) Platnou variantu označte křížkem (platí i v ostatních případech s možností více variant).
[5]) Je-li označeno křížkem ☒, považuje se osoba za politicky exponovanou (PEP) ve smyslu zákona č. 253/2008 Sb. a je třeba na formuláři Vo-118/7670 (Z 7110) „Identifikace a kontrola klienta" identifikovat osobu, která uplatňuje právo na pojistné plnění.

Rodné číslo[1]) | Příjmení | Jméno | Titul

Kontaktní adresa | Ulice (místo), číslo popisné/orientační

Obec - dodací pošta | PSČ | Jiný stát než ČR? Jaký, ZIP kód? ☐ Ano[2])

E-mail[3]) | Mobilní telefon | Telefon

Jiné státní občanství než ČR? ☐ Ano[2]) Jaké?

Jiné místo, stát narození než ČR? ☐ Ano[2]) Jaké?

Jiné místo, stát trvalého pobytu než ČR? ☐ Ano[2]) Jaké?

Pohlaví[4]) ☐ Muž ☐ Žena

Jste politicky exponovaná osoba (PEP)? ☐ Ano[5]) Pokud není označeno křížkem ☒, platí, že nejste PEP.

Jste daňovým rezidentem (i) jiného státu než ČR? Kterého? DIČ: ☐ Ano[2])

C. OSOBA, KTERÁ UPLATŇUJE PRÁVO NA POJISTNÉ PLNĚNÍ

Tato osoba vždy vyplní i údaje o pojištěném v části B. Pokud je sama pojištěným, tuto část nevyplňuje a vyplní pouze část B.

Je- li osoba (zástupce), která uplatňuje právo na pojistné plnění, osobou právnickou, vyplní v části C. identifikační údaje osoby, která za právnickou osobu jedná, doloží oprávnění k jednání za právnickou osobu a doloží identifikační údaje právnické osoby ve smyslu zákona č. 253/2008 Sb.

☐ zákonný zástupce pojištěného dítěte, který nebyl soudem zbaven své rodičovské odpovědnosti ani omezen v jejím výkonu

☐ opatrovník (doloží pravomocné rozhodnutí soudu o ustanovení opatrovníkem)

☐ zmocněnec (doloží plnou moc nebo její kopii s úředně ověřeným podpisem zmocnitele k zastupování ve věci vyřízení pojistné události)

☐ jiná osoba (doloží kopii dokumentu, který zakládá její nárok na pojistné plnění)

Rodné číslo[1]) | Příjmení | Jméno | Titul

Kontaktní adresa | Ulice (místo), číslo popisné/orientační

Obec - dodací pošta | PSČ | Jiný stát než ČR? Jaký, ZIP kód? ☐ Ano[2])

E-mail[3]) | Mobilní telefon | Telefon

Jiné státní občanství než ČR? ☐ Ano[2]) Jaké?

Jiné místo, stát narození než ČR? ☐ Ano[2]) Jaké?

Jiné místo, stát trvalého pobytu než ČR? ☐ Ano[2]) Jaké?

Pohlaví[4]) ☐ Muž ☐ Žena

Jste politicky exponovaná osoba (PEP)? ☐ Ano[5]) Pokud není označeno křížkem ☒, platí, že nejste PEP.

Jste daňovým rezidentem (i) jiného státu než ČR? Kterého? DIČ: ☐ Ano[2])

D. 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) | Byla Vám vystavena neschopenka? ☐ Ano ☐ Ne

Ke dni počátku pracovní neschopnosti jste byl:

☐ zaměstnanec, společník nebo jednatel s.r.o. | Název a adresa zaměstnavatele a druh vykonávané práce (profese) ke dni počátku pracovní neschopnosti:

☐ OSVČ vč. spolupracující osoby, svobodné povolání[6]) | Druh činnosti: | IČO

☐ plátce nemocenského pojištění ☐ neplátce nemocenského pojištění

Prohlašuji, že jsem osoba se zdanitelnými příjmy a po dobu pracovní neschopnosti jsem nevykonával(a) žádnou výdělečnou činnost ani jsem nebyl(a) nezaměstnaný/á nebo veden(a) v evidenci uchazečů o zaměstnání na úřadu práce.

Podpis pojištěného

Počátek pobytu v nemocnici | Konec pobytu v nemocnici | Příčina pobytu v nemocnici (uveďte konkrétní nemoc nebo úraz)

Počátek pobytu v jiném zdravotnickém zařízení | Konec pobytu v jiném zdravotnickém zařízení

Jde-li o hospitalizaci nezletilého s doprovodem zletilé osoby, uveďte dobu pobytu doprovodu v nemocnici a přiložte potvrzení z nemocnice.

Počátek pobytu doprovodu | Konec pobytu doprovodu

[6]) Vyplní osoby se zdanitelnými příjmy.

E. ZPŮSOB VÝPLATY PLNĚNÍ

Pojistné plnění poukažte na (uveďte pouze jednu z možností)

☐ Číslo účtu ..... Kód banky ..... Specifický symbol .....

☐ Adresu uvedenou v části B., pokud právo na pojistné plnění uplatňuje pojištěný

☐ Adresu uvedenou v části C., pokud právo na pojistné plnění uplatňuje osoba uvedená v části C.

☐ Jinou adresu .....

☐ Jako mimořádné pojistné na pojistnou smlouvu č. .....

Specifický symbol[7])

Název fondu .....

☐ Jako běžné pojistné na pojistnou smlouvu č. .....

[7]) Viz Informace pro klienta, též na www.koop.cz.

F. PŘILOŽENÉ DOKUMENTY

☐ Rozhodnutí o dočasné PN ☐ Potvrzení výše příjmu ☐ Potvrzení úřadu práce ☐ Propouštěcí zpráva

☐ Operační protokol ☐ Jiné:

G. 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, pořízení 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.

H. 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 námitky 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

Berete 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.

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 pojistitel na základě **oprávněného zájmu** pro účely zajištění řádného nastavení a plnění smluvních vztahů s pojistníkem a souvisejících vztahů s pojištěným, 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 pojistitel také na základě a pro účely **plnění zákonných povinností**, které se na pojistitele 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 pojistiteli bez zbytečného odkladu. Dále potvrzujete, že jste si vědom(a) právních důsledků, které mohou mít neúplné nebo nepravdivé odpovědi na povinnost pojistitele 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 .....

20

Podpis pojištěného

Podpis zákonného zástupce nezletilého pojištěného dítěte

Podpis opatrovníka, zmocněnce nebo jiné osoby uvedené v části C.

I. ZPRÁVA LÉKAŘE

Informace pro lékaře

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

VŽDY JE NUTNÉ VYPLNIT PŘÍČINU PRACOVNÍ NESCHOPNOSTI NEBO POBYTU V NEMOCNICI.

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

[1]) U cizinců se zapíše datum narození ve tvaru RRMMDD/9999.
[8]) U OSVČ neplátců nemocenského pojištění uveďte, jak dlouho by PN trvala, pokud by OSVČ byla plátcem NP a měla nárok na vystavení „Rozhodnutí o DPN".
[9]) V případě více diagnóz vyplňte pro každou diagnózu zvlášť.

Lékař potvrzuje, že pojištěný

Rodné číslo[1])	Příjmení	Jméno	Titul

byl ☐ v dočasné pracovní neschopnosti ☐ hospitalizován

Dotazy týkající se pracovní neschopnosti i pobytu v nemocnici - VYPLŇTE VŽDY

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

Jde-li o úraz, uveďte datum vzniku úrazu.

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[8])	Konec pracovní neschopnosti[8])

Příčina pracovní neschopnosti (popis onemocnění nebo úrazu)	**Kód diagnózy podle MKN-10[9])**	**Doba léčení onemocnění nebo úrazu od - do**

Bylo vystaveno „Rozhodnutí o dočasné pracovní neschopnosti"? ☐ Ano ☐ Ne

Pokud nebylo vystaveno, uveďte důvod: ☐ DPN nežádá ☐ OSVČ neplátce NP ☐ nezaměstnaný ☐ jiný důvod

Pokračovalo léčení pojištěného v rehabilitačním ústavu, sanatoriu či lázních v období 1 roku od ukončení pracovní neschopnosti?

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**

Počátek pobytu v jiném zdravotnickém zařízení	Konec pobytu v jiném zdravotnickém zařízení

Název zdravotnického zařízení, ve kterém byl pojištěný hospitalizován

Příčina pobytu v nemocnici nebo jiném zdravotnickém zařízení - 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 a přiložte potvrzení z nemocnice.

Počátek pobytu doprovodu	Konec pobytu doprovodu

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

Datum 20

Razítko a podpis lékaře