



Oznámení pojistné události pro zálohové plnění 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 část 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 **předějte 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⁾ Nemá-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?	<input type="checkbox"/> Ano ²⁾
E-mail ³⁾	Mobilní telefon	Telefon	
Jiný státní občanství než ČR? <input type="checkbox"/> Ano ²⁾ Jaké?	Jiné místo, stát narození než ČR? <input type="checkbox"/> Ano ²⁾ Jaké?	Jiné místo, stát trvalého pobytu než ČR? <input type="checkbox"/> Ano ²⁾ Jaké?	
Pohlaví ⁴⁾ <input type="checkbox"/> Muž <input type="checkbox"/> Žena	Jste politicky exponovaná osoba (PEP)? <input type="checkbox"/> Ano ⁵⁾ Pokud není označeno křížkem <input checked="" type="checkbox"/> , platí, že nejste PEP.	Jste daňovým rezidentem (i jiného státu než ČR? Kterého?) DÍČ:	<input type="checkbox"/> Ano ⁵⁾

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 právníčkou, vyplní v části C. identifikační údaje osoby, která za právníčkou osobu jedná, doloží oprávnění ke jednání za právníčkou osobu a doloží identifikační údaje právnícké osoby ve smyslu zákona č. 253/2008 Sb.

<input type="checkbox"/> zákonný zástupce pojištěného dítěte, který nebyl soudem zbaven své rodičovské odpovědnosti ani omezen v jejím výkonu	<input type="checkbox"/> opatrovník (doloží pravomocné rozhodnutí soudu o ustanovení opatrovníkem)		
<input type="checkbox"/> zmocněnec (doloží plnou moc nebo její kopii s úředně ověřeným podpisem zmocnitelky k zastupování ve věci vyřízení pojistné události)	<input type="checkbox"/> 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?	<input type="checkbox"/> Ano ²⁾
E-mail ³⁾	Mobilní telefon	Telefon	
Jiný státní občanství než ČR? <input type="checkbox"/> Ano ²⁾ Jaké?	Jiné místo, stát narození než ČR? <input type="checkbox"/> Ano ²⁾ Jaké?	Jiné místo, stát trvalého pobytu než ČR? <input type="checkbox"/> Ano ²⁾ Jaké?	
Pohlaví ⁴⁾ <input type="checkbox"/> Muž <input type="checkbox"/> Žena	Jste politicky exponovaná osoba (PEP)? <input type="checkbox"/> Ano ⁵⁾ Pokud není označeno křížkem <input checked="" type="checkbox"/> , platí, že nejste PEP.	Jste daňovým rezidentem (i jiného státu než ČR? Kterého?) DÍČ:	<input type="checkbox"/> Ano ⁵⁾

D. ÚDAJE O POJIŠTĚNÍ A POJISTNÉ UDÁLOSTI

Číslo pojistné smlouvy	Číslo pojistné smlouvy	Číslo pojistné smlouvy	Číslo pojistné smlouvy
PRACOVNÍ NESCHOPNOST			
Počátek pracovní neschopnosti	Při neukončené PN uveďte datum, ke kterému trvá	Konec pracovní neschopnosti, je-li ukončena	
Příčina pracovní neschopnosti (uveďte konkrétní nemoc nebo úraz)		Byla Vám vystavena neschopenka? <input type="checkbox"/> Ano <input type="checkbox"/> Ne	
Doložte potvrzení o pracovním poměru od svého zaměstnavatele a potvrzení o trvání pracovní neschopnosti (od lékaře, zaměstnavatele nebo kopii Průkazu práce neschopného pojištěnce).			
Ke dni počátku pracovní neschopnosti jste byl:			
<input type="checkbox"/> zaměstnanec, společník nebo jednatel s.r.o.	Název a adresa zaměstnavatele a druh vykonávané práce (profese) ke dni počátku pracovní neschopnosti:		
<input type="checkbox"/> OSVČ vč. spolupracující osoby, svobodné povolání ⁶⁾	Druh činnosti:	IČO	
<input type="checkbox"/> plátce nemocenského pojištění	<input type="checkbox"/> 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.

⁶⁾ Vyplní osoby se zdanitelnými příjmy.

Podpis pojištěného

D. ÚDAJE O POJIŠTĚNÍ A POJISTNÉ UDÁLOSTI

POBYT V NEMOCNICI

Počátek pobytu v nemocnici	Při neukončené hospitalizaci uveďte datum, ke kterému trvá	Konec pobytu v nemocnici, je-li ukončen
Příčina pobytu v nemocnici (uveďte konkrétní nemoc nebo úraz)		
Počátek pobytu v jiném zdravotnickém zařízení	Při neukončeném pobytu uveďte datum, ke kterému trvá	Konec pobytu v jiném zdravotnickém zařízení, je-li ukončen
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	

E. ZPŮSOB VÝPLATY PLNĚNÍ

Pojistné plnění poukažte na (uveďte pouze jednu z možností)

<input type="checkbox"/> 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.	<input type="checkbox"/> Jinou adresu
<input type="checkbox"/> Jako mimořádné pojistné na pojistnou smlouvu č.	Specifický symbol ⁷⁾			
Název fondu				
<input type="checkbox"/> Jako běžné pojistné na pojistnou smlouvu č.				

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

F. PŘILOŽENÉ DOKUMENTY

<input type="checkbox"/> Rozhodnutí o dočasné PN	<input type="checkbox"/> Potvrzení výše příjmu	<input type="checkbox"/> Potvrzení úřadu práce	<input type="checkbox"/> Propouštěcí zpráva
<input type="checkbox"/> Operační protokol	<input type="checkbox"/> Jiné:		

G. ZMOCNĚNÍ PODLE ZÁKONA O POSKYTOVÁNÍ ZDRAVOTNÍCH SLUŽEB

Pojištěný uděluje v souladu s § 2828 zákona č. 89/2012 Sb., občanský zákoník, souhlas pojištěteli, 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, požítiení výpisů nebo optů 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 pojištěteli mlčenlivosti ve stejném rozsahu, v jakém je pojištětel 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 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

Berete na vědomí, že údaje o Vašem zdravotním stavu a genetické údaje zpracovává pojištětel 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 pojištětele 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 pojištětel na základě **oprávněného zájmu** pro účely zajištění řádného nastavení a plnění smluvních vztahů s pojištěním 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 kdykoli podat námítku, která může být uplatněna způsobem uvedeným v příslušných Informacích o zpracování osobních údajů.

Berete na vědomí, že shora uvedené osobní údaje zpracovává pojištětel 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 pojištěteli 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(a) 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

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 předtisknutých kolonkách, uveďte je na samostatném listu, který přiložte k tomuto formuláři.

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

²⁾ 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“.

³⁾ V případě více diagnóz vyplňte pro každou diagnózu zvlášť.

⁴⁾ Nehodit se škrtněte.

Lékař potvrzuje, že pojištěný

Rodné číslo¹⁾

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 NESCHOPNOST²⁾

Počátek pracovní neschopnosti

Při neukončené PN uveďte datum, ke kterému trvá

Konec pracovní neschopnosti, je-li ukončena

Příčina pracovní neschopnosti (popis onemocnění nebo úrazu)

Kód diagnózy podle MKN-10³⁾

Léčení onemocnění nebo úrazu od - do (stále trvá/je ukončeno)⁴⁾

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 láních 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

Při neukončené hospitalizaci uveďte datum, ke kterému trvá

Konec pobytu v nemocnici, je-li ukončen

Počátek pobytu v jiném zdravotnickém zařízení

Při neukončeném pobytu uveďte datum, ke kterému trvá

Konec pobytu v jiném zdravotnickém zařízení, je-li ukončen

Název zdravotnického zařízení, ve kterém byl pojištěný hospitalizován

Příčina pobytu v nemocnici nebo jiném zdravotnickém zařízení - uveďte diagnózu (česky)

Kód diagnózy podle MKN-10

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 popsatné/orientační

Obec - dodací pošta

PSČ

Datum

20

Razítko a podpis lékaře