



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 **předějte k vyplnění části F. svému lékaři.**

Uplatňujete-li právo na pojistné plnění za ukončenou **pracovní neschopnost**, přiložte kopii V. dílu tiskopisu ČSSZ – 89610 O „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. 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)“.

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	<table border="1"> <tr> <td>Rodné číslo²⁾</td> <td>Příjmení</td> <td>Jméno</td> <td>Titul</td> </tr> <tr> <td colspan="2">Adresa trvalého pobytu/bydliště</td> <td colspan="2">PSČ</td> </tr> <tr> <td colspan="2">Ulice (místo), číslo popisné/orientační</td> <td colspan="2"></td> </tr> <tr> <td colspan="2">Obec – dodací pošta</td> <td colspan="2">☐ Jiný stát než ČR, jaký, ZIP kód ¹⁻³⁾</td> </tr> <tr> <td>E-mail</td> <td>Mobilní telefon</td> <td colspan="2">Telefon</td> </tr> </table>			Rodné číslo ²⁾	Příjmení	Jméno	Titul	Adresa trvalého pobytu/bydliště		PSČ		Ulice (místo), číslo popisné/orientační				Obec – dodací pošta		☐ Jiný stát než ČR, jaký, ZIP kód ¹⁻³⁾		E-mail	Mobilní telefon	Telefon	
Rodné číslo ²⁾	Příjmení	Jméno	Titul																				
Adresa trvalého pobytu/bydliště		PSČ																					
Ulice (místo), číslo popisné/orientační																							
Obec – dodací pošta		☐ Jiný stát než ČR, jaký, ZIP kód ¹⁻³⁾																					
E-mail	Mobilní telefon	Telefon																					
C. ÚDAJE O POJIŠTĚNÍ A POJISTNÉ UDÁLOSTI	<table border="1"> <tr> <td>Číslo pojistné smlouvy</td> <td>Číslo pojistné smlouvy</td> <td>Číslo pojistné smlouvy</td> <td>Číslo pojistné smlouvy</td> </tr> <tr> <td>Počátek pracovní neschopnosti</td> <td>Konec pracovní neschopnosti</td> <td colspan="2">Příčina pracovní neschopnosti (uveďte konkrétní nemoc nebo úraz)</td> </tr> <tr> <td>Počátek pobytu v nemocnici</td> <td>Konec pobytu v nemocnici</td> <td colspan="2">Příčina pobytu v nemocnici (uveďte konkrétní nemoc nebo úraz)</td> </tr> <tr> <td>Počátek ošetřování dítěte</td> <td>Konec ošetřování dítěte</td> <td colspan="2">Příčina ošetřování (uveďte konkrétní nemoc nebo úraz)</td> </tr> <tr> <td colspan="3">Název a adresa zaměstnavatele a druh vykonávané práce (profese) v době počátku pracovní neschopnosti nebo ošetřování dítěte</td> <td>OSVČ ☐ plátce ☐ neplátce nemocenského pojištění</td> </tr> </table>			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 ☐ plátce ☐ neplátce nemocenského pojištění
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 ☐ plátce ☐ neplátce nemocenského pojištění																				
D. ZPŮSOB VÝPLATY PLNĚNÍ	Pojistné plnění poukažte na (uveďte pouze jednu z možností) <table border="1"> <tr> <td>☐ Číslo účtu</td> <td>Kód banky</td> <td>Specifický symbol</td> </tr> <tr> <td>☐ Pojistnou smlouvu č.</td> <td>☐ Jinou adresu</td> <td>Jméno a příjmení/Název</td> </tr> <tr> <td>☐ Adresu trvalého pobytu/bydliště uvedenou v části B.</td> <td colspan="2">Ulice, číslo popisné/orientační, PSČ, obec</td> </tr> </table> Náleží-li pojistné plnění nezletilé nebo nesvéprávné osobě, uveďte údaje o jejím zákonném zástupci (např. otec, matka, opatrovník).			☐ Číslo účtu	Kód banky	Specifický symbol	☐ Pojistnou smlouvu č.	☐ Jinou adresu	Jméno a příjmení/Název	☐ Adresu trvalého pobytu/bydliště uvedenou v části B.	Ulice, číslo popisné/orientační, PSČ, obec												
☐ Číslo účtu	Kód banky	Specifický symbol																					
☐ Pojistnou smlouvu č.	☐ Jinou adresu	Jméno a příjmení/Název																					
☐ Adresu trvalého pobytu/bydliště uvedenou v části B.	Ulice, číslo popisné/orientační, PSČ, obec																						
E. PŘILOŽENÉ DOKUMENTY	<table border="1"> <tr> <td>☐ Rozhodnutí o dočasné PN</td> <td>☐ Potvrzení výše příjmu</td> <td>☐ Potvrzení úřadu práce</td> <td>☐ Rozhodnutí o potřebě ošetřování (péče)</td> </tr> <tr> <td>☐ Propouštěcí zpráva</td> <td>☐ Operační protokol</td> <td>☐ Jiné:</td> <td></td> </tr> </table>			☐ Rozhodnutí o dočasné PN	☐ Potvrzení výše příjmu	☐ Potvrzení úřadu práce	☐ Rozhodnutí o potřebě ošetřování (péče)	☐ Propouštěcí zpráva	☐ Operační protokol	☐ Jiné:													
☐ 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, opravňuji 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.

Datum	Podpis pojištěného (oprávněné osoby)	Podpis zákonného zástupce, není-li pojištěný (oprávněná osoba) plně svéprávný
201		

F. 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 přiložte k tomuto formuláři.

Lékař potvrzuje, že pojištěný				
Rodné číslo ¹⁾		Příjmení	Jméno	Titul
byl ☐ v dočasné pracovní neschopnosti		☐ hospitalizován		☐ ošetřoval dítě
Dotazy týkající se všech níže uvedených škodných událostí - VYPLŇTE VŽDY				
Kdy bylo onemocnění u pojištěného poprvé diagnostikováno (uveďte datum, adresu zdravotnického zařízení a jméno lékaře)?				
Kdy došlo k prvnímu lékařskému ošetření úrazu pojištěného (uveďte datum, adresu zdravotnického zařízení 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 ²⁾	Doba léčení od - do		
Byl vystaven tiskopis ČSSZ – 89 610 0 „Rozhodnutí o dočasné pracovní neschopnosti“? ☐ Ano ☐ Ne				
Pokud ano, uveďte jeho číslo		Pokud ne, uveďte 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		
OŠETŘOVÁNÍ DÍTĚTE				
Počátek ošetřování	Konec ošetřování			
Příčina ošetřování (popis onemocnění nebo úrazu)	Kód diagnózy podle MKN-10 ²⁾	Doba léčení od - do		
Číslo vystaveného tiskopisu ČSSZ – 89 625 3 „Rozhodnutí o potřebě ošetřování (péče)“				
Shora uvedené údaje případně doplňte kopiemi příslušných lékařských zpráv ze zdravotní dokumentace pojištěného.				
Název zdravotnického zařízení nebo jméno lékaře				
Ulice (místo), číslo popisné/orientační		Obec - dodací pošta		PSČ
Název oddělení	Číslo oddělení	Telefon		

¹⁾ U cizinců se zapisuje datum narození ve tvaru RRMMDD/9999.
²⁾ V případě více diagnóz vyplňte pro každou diagnózu zvlášť.

Datum

Razítko a podpis lékaře