



Oznámení pracovní neschopnosti¹⁾ pobytu v nemocnici

Na tomto formuláři lze uplatnit právo na pojistné plnění buď za pracovní neschopnost (PN) nebo za pobyt v nemocnici anebo za obě škodné události současně (v takovém případě v názvu formuláře označte křížkem obě události). **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 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 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).

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, Templová 747, 110 01 Praha 1, Česká republika
IČ 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		PSČ	
Ulice (místo), číslo popisné/orientační			
Obec – dodací pošta	<input type="checkbox"/> Jiný stát než ČR, jaký, ZIP kód ³⁾		
E-mail	Mobilní telefon	Telefon	

¹⁾ Platnou variantu označte křížkem (platí i v ostatních případech s možností více variant).
²⁾ U cizinců se zapíše datum narození ve tvaru RRMDD/9999.
³⁾ Nemí-li vyplněno, platí stát ČR.

C. ÚDAJE O POJIŠTĚNÍ A ŠKODNÉ 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)	

D. ZPŮSOB VÝPLATY PLNĚNÍ

Pojistné plnění poukažte 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, příjmení/Název
<input type="checkbox"/> Adresu trvalého pobytu/bydliště uvedenou v části B.	Ulice, číslo popisné/orientační, PSČ, obec	
<input type="checkbox"/> Korespondenční adresu uvedenou v pojistné smlouvě		

Náleží-li pojistné plnění nezletilé osobě nebo osobě, jejíž způsobilost k právním úkonům je omezena, uveďte údaje o jejím zákonném zástupci.

E. 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	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 § 55 odst. 2 písm. d) zákona č. 20/1966 Sb., o péči o zdraví lidu, ve znění pozdějších předpisů, 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 § 67b odst. 12 citovaného zákona.

Datum	Podpis pojištěného (oprávněné osoby)	Podpis zákonného zástupce, není-li pojištěný (oprávněná osoba) způsobilý k právním úkonům
2011		

F. ZPRÁVA LÉKAŘE

Informace pro lékaře

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

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.

Lékař potvrzuje, že pojištěný

Rodné číslo²⁾

Příjmení

Jméno

Titul

byl v dočasné pracovní neschopnosti hospitalizován

PRACOVNÍ NESCHOPNOST

Počátek pracovní neschopnosti

Konec pracovní neschopnosti

Příčina pracovní neschopnosti (popis onemocnění nebo úrazu)

Kód diagnózy podle MKN-10³⁾

Doba léčení od - do

Kdy bylo onemocnění u pojištěného poprvé diagnostikováno, kdy došlo k prvnímu lékařskému ošetření úrazu pojištěného (uveďte datum, adresu zdravotnického zařízení a jméno lékaře)

Datum indikace k případnému operačnímu řešení

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)

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 poslední dva roky (včetně kódu diagnózy podle MKN-10)

Shora uvedené údaje případně doplňte kopiemi příslušných lékařských zpráv ze zdravotní dokumentace pojištěného.

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

Název zdravotnického zařízení nebo jméno lékaře

Ulice (místo), číslo popisné/orientační

Obec - dodací pošta

PSČ

Název oddělení

Číslo oddělení

Telefon

²⁾ U cizinců se zapisuje datum narození ve tvaru RRRMMDD/9999.

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

Datum

2 | 0 | 1

Razítko a podpis lékaře