



## 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 části 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 0 „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

Rodné číslo <sup>2)</sup>	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 <sup>1-3)</sup>	
E-mail	Mobilní telefon	Telefon	

<sup>1)</sup> Platnou variantu označte křížkem  (platí i v ostatních případech s možností více variant).  
<sup>2)</sup> U cizinců se zapisuje datum narození ve tvaru RRMMDD/9999.  
<sup>3)</sup> Není-li vyplněno, platí stát ČR.

### 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)	
Název a adresa zaměstnavatele a druh vykonávané práce (profese) v době počátku pracovní neschopnosti nebo ošetřování dítěte			OSVČ <input type="checkbox"/> plátce <input type="checkbox"/> neplátce nemocenského pojištění

### 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 a příjmení/Název
<input type="checkbox"/> Adresu trvalého pobytu/bydliště uvedenou v části B.		Ulice, číslo popisné/orientační, PSČ, obec

Náleží-li pojistné plnění nezletilé nebo nesvéprávné osobě, uveďte údaje o jejím zákonném zástupci (např. otec, matka, opatrovník).

### 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"/> Rozhodnutí o potřebě ošetřování (péče)
<input type="checkbox"/> Propouštěcí zpráva	<input type="checkbox"/> Operační protokol	<input type="checkbox"/> 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

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

Podpis pojištěného (oprávněné osoby)

Podpis zákonného zástupce,  
není-li pojištěný (oprávněná osoba) plně svéprávný

# 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 <sup>1)</sup>	Příjmení	Jméno	Titul
byl <input type="checkbox"/> v dočasné pracovní neschopnosti <input type="checkbox"/> hospitalizován <input type="checkbox"/> ošetřoval dítě			
<b>Dotazy týkající se všech níže uvedených škodných událostí - VYPLŇTE VŽDY</b>			
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 přičinné souvislosti s nynějším onemocněním, a o jaké příznaky se jednalo (popište chronologicky)			
.....			
Datum indikace k případnému operačnímu řešení			
.....			

<b>P R A C O V N Í   N E S C H O P N O S T</b>			
Počátek pracovní neschopnosti		Konec pracovní neschopnosti	
.....		.....	
Příčina pracovní neschopnosti (popis onemocnění nebo úrazu)	Kód diagnózy podle MKN-10 <sup>2)</sup>	Doba léčení od - do	
Byl vystaven tiskopis ČSSZ – 89 610 0 „Rozhodnutí o dočasné pracovní neschopnosti“? <input type="checkbox"/> Ano <input type="checkbox"/> 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)			
.....			

<b>P O B Y T   V   N E M O C N I C I</b>			
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)? <input type="checkbox"/> Ano <input type="checkbox"/> Ne		Pokud ano, na kolik dní	
Jde o opakovanou hospitalizaci v důsledku téže diagnózy? <input type="checkbox"/> Ano <input type="checkbox"/> Ne		Pokud ano, uveďte data předchozí hospitalizace od - do	

<b>O Š E T Ř O V Á N Í   D Í T Ě T E</b>			
Počátek ošetřování		Konec ošetřování	
.....		.....	
Příčina ošetřování (popis onemocnění nebo úrazu)	Kód diagnózy podle MKN-10 <sup>2)</sup>	Doba léčení od - do	
Číslo vystaveného tiskopisu ČSSZ – 89 625 3 „Rozhodnutí o potřebě ošetřování (péče)“			

<b>Shora uvedené údaje případně doplňte kopiemi příslušných lékařských zpráv ze zdravotní dokumentace pojištěného.</b>			
Název zdravotnického zařízení nebo jméno lékaře			
Ulice (místo), číslo popisné/orientační		Obec - dodací pošta	
Název oddělení		Číslo oddělení	Telefon

Datum	
	2   0   1

Razítko a podpis lékaře

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