



000000000020158



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 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⁾ 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			
Jině 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 zmocnitel 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			
Jině 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

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

F. PŘILOŽENÉ DOKUMENTY

Pojistné plnění poukažte na (uveďte pouze jednu z možností)

☐ Číslo účtu	☐ 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	Kód banky	Specifický symbol
☐ Jako mimořádné pojistné na pojistnou smlouvu č.					Specifický symbol ²⁾
Název fondu					
☐ Jako běžné pojistné na pojistnou smlouvu č.					

G. ZMOCNĚNÍ PODLE ZÁKONA O POSKYTOVÁNÍ ZDRAVOTNÍCH SLUŽEB

Pojistěný 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 pojistěného; tento souhlas platí i po smrti pojistěného a vztahuje se i na zjištění příčiny jeho smrti. Dále pojistěný opravňuje k poskytnutí těchto informací správu sociálního zabezpečení.

Pojistěný zprůježuje 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 nesdílí.

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/sekt_0_pojistovne_kooperativa.

INFORMACE O ZPRACOVÁNÍ ÚDAJŮ O ZDRAVOTNÍM STAVU A GENETICKÝCH ÚDAJŮ

Berete na vědomí, že údaje o Vašem zdravotním stavu a genetické údaje zpracovává pojišťitel 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 pojišťitel na základě **oprávněného zájmu** pro účely zajištění řádného nastavení a plnění smluvních vztahů s pojištěnkem 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 kdykoliv 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.

INFORMACE O ZPRACOVÁNÍ OSOBNÍCH ÚDAJŮ ZA POMOCI AUTOMATIZOVANÉHO ROZHODOVÁNÍ A UMĚLÉ INTELIGENCE

Berete na vědomí, že v některých případech je v procesu likvidace zapojena umělá inteligence nebo jsou při zpracování osobních údajů využity prvky automatizovaného rozhodování.

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(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 20		
Podpis pojistěného	Podpis zákonného zástupce nezletilého pojistěného 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 přiložíte k tomuto formuláři.

¹⁾ U cizinců se запиšte datum narození ve tvaru RRRMMDD/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.

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 ²⁾		Konec pracovní neschopnosti ²⁾		
Příčina pracovní neschopnosti (popis onemocnění nebo úrazu)	Kód diagnózy podle MKN-10 ³⁾	Doba léčení onemocnění nebo úrazu od - do		
Bylo vystaveno „Rozhodnutí o dočasné pracovní neschopnosti“? ☐ Ano ☐ Ne		Pokud nebylo vystaveno, uveďte důvod: ☐ DPN nežadá ☐ 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 7 let (včetně kódu diagnózy podle MKN-10)				
POBYT V NEMOCNICI				
Počátek pobytu v nemocnici		Konec pobytu v nemocnici		
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)			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 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