



00000000027064



0 0 2

## 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

<sup>1)</sup> U cizinců se zapíše datum narození ve tvaru RR/MM/DD/9999.  
<sup>2)</sup> Nemá-li vyplněno, platí stát ČR/státní občanství ČR/daňový rezident ČR.  
<sup>3)</sup> 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.  
<sup>4)</sup> Platnou variantu označte křížkem (platí i v ostatních případech s možností více variant).  
<sup>5)</sup> 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 <sup>1)</sup>	Příjmení	Jméno	Titul
<b>Kontaktní adresa</b>	Ulice (místo), číslo popisné/orientační		
Obec - dodací pošta	PSČ	Jiný stát než ČR? Jaký, ZIP kód?	<input type="checkbox"/> Ano <sup>2)</sup>
E-mail <sup>3)</sup>	Mobilní telefon	Telefon	
Jině státní občanství než ČR? <input type="checkbox"/> Ano <sup>2)</sup> Jaké?	Jiné místo, stát narození než ČR? <input type="checkbox"/> Ano <sup>2)</sup> Jaké?	Jiné místo, stát trvalého pobytu než ČR? <input type="checkbox"/> Ano <sup>2)</sup> Jaké?	
Pohlaví <sup>4)</sup> <input type="checkbox"/> Muž <input type="checkbox"/> Žena	Jste politicky exponovaná osoba (PEP)? <input type="checkbox"/> Ano <sup>5)</sup> 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 <sup>5)</sup>

### 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 právníckou osobu jedná, doloží oprávnění ke jednání za právníckou 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 zmocněnce k zastupování ve věci vyřízení pojistné události)	<input type="checkbox"/> jiná osoba (doloží kopii dokumentu, který zakládá její nárok na pojistné plnění)		
Rodné číslo <sup>1)</sup>	Příjmení	Jméno	Titul
<b>Kontaktní adresa</b>	Ulice (místo), číslo popisné/orientační		
Obec - dodací pošta	PSČ	Jiný stát než ČR? Jaký, ZIP kód?	<input type="checkbox"/> Ano <sup>2)</sup>
E-mail <sup>3)</sup>	Mobilní telefon	Telefon	
Jině státní občanství než ČR? <input type="checkbox"/> Ano <sup>2)</sup> Jaké?	Jiné místo, stát narození než ČR? <input type="checkbox"/> Ano <sup>2)</sup> Jaké?	Jiné místo, stát trvalého pobytu než ČR? <input type="checkbox"/> Ano <sup>2)</sup> Jaké?	
Pohlaví <sup>4)</sup> <input type="checkbox"/> Muž <input type="checkbox"/> Žena	Jste politicky exponovaná osoba (PEP)? <input type="checkbox"/> Ano <sup>5)</sup> 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 <sup>5)</sup>

### D. ÚDAJE O POJIŠTĚNÍ A POJISTNÉ UDÁLOSTI

Číslo pojistné smlouvy	Číslo pojistné smlouvy	Číslo pojistné smlouvy	Číslo pojistné smlouvy
<b>PRACOVNÍ NESCHOPNOST</b>			
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	
<b>Doložte potvrzení o pracovním poměru od svého zaměstnavatele a potvrzení o trvání pracovní neschopnosti (od lékaře, zaměstnavatele nebo kopii Průkazu práce neschopného pojištěnce).</b>			
<b>Ke dni počátku pracovní neschopnosti jste byl:</b>			
<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 <sup>6)</sup>	Druh činnosti:	IČO	
<input type="checkbox"/> plátce nemocenského pojištění	<input type="checkbox"/> neplátce nemocenského pojištění		

Prohlašuji, že jsem osoba se zdánlivými 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.

<sup>6)</sup> Vyplní osoby se zdánlivými 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 <sup>7)</sup>			
Název fondu				
<input type="checkbox"/> Jako běžné pojistné na pojistnou smlouvu č.				

<sup>7)</sup> Viz Informace pro klienta, též na [www.koop.cz](http://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 z 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 zprůštuje 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 nesděljuje.

## 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](http://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 náležejí. 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.

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

<sup>2)</sup> 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“.

<sup>3)</sup> V případě více diagnóz vyplňte pro každou diagnózu zvlášť.

<sup>4)</sup> Nehodit se škrtněte.

Lékař potvrzuje, že pojištěný

Rodné číslo<sup>1)</sup>

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<sup>2)</sup>

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-10<sup>3)</sup>

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

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 7 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