



# 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

<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	
Jiný 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 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 právníkou, vyplní v části C. identifikační údaje osoby, která za právníkou osobu jedná, doloží oprávnění k jednání za právníkou osobu a doloží identifikační údaje právníké 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 zmocnitelky 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	
Jiný 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
Počátek pracovní neschopnosti	Konec pracovní neschopnosti	Příčina pracovní neschopnosti (uveďte konkrétní nemoc nebo úraz)	Byla Vám vystavena neschopenka? <input type="checkbox"/> Ano <input type="checkbox"/> Ne
<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		
<b>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.</b>			
..... 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		
<sup>7)</sup> Vyplní osoby se zdanitelnými příjmy.			
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		



# 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 RRRM/DD/9999.

<sup>2)</sup> U OSVČ neplátce 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.

Lékař potvrzuje, že pojištěný			
Rodné číslo <sup>1)</sup>	Příjmení	Jméno	Titul
byl <input type="checkbox"/> v dočasné pracovní neschopnosti <input type="checkbox"/> hospitalizován			
<b>Dotazy týkající se pracovní neschopnosti i pobytu v nemocnici - VYPLŇTE VŽDY</b>			
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			
<b>PRACOVNÍ NESCHOPNOST</b>			
Počátek pracovní neschopnosti <sup>2)</sup>	Konec pracovní neschopnosti <sup>2)</sup>		
Příčina pracovní neschopnosti (popis onemocnění nebo úrazu)	Kód diagnózy podle MKN-10 <sup>3)</sup>	Doba léčení onemocnění nebo úrazu od - do	
Bylo vystaveno „Rozhodnutí o dočasné pracovní neschopnosti“? <input type="checkbox"/> Ano <input type="checkbox"/> Ne	Pokud nebylo vystaveno, uveďte důvod: <input type="checkbox"/> DPN nežadá <input type="checkbox"/> OSVČ neplátce NP <input type="checkbox"/> nezaměstnaný <input type="checkbox"/> jiný důvod		
Pokračovalo léčení pojištěného v rehabilitačním ústavu, sanatoriu či lánzích v období 1 roku od ukončení pracovní neschopnosti?			
Uveďte předchozí pracovní neschopnosti pojištěného za posledních 7 let (včetně kódu diagnózy podle MKN-10)			
<b>POBYT V NEMOCNICI</b>			
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)? <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		
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		
<b>Shora uvedené údaje případně doplňte kopiemi příslušných lékařských zpráv ze zdravotnické dokumentace pojištěného.</b>			
Název poskytovatele zdravotních služeb nebo jméno lékaře			
Ulice (místo), číslo popisné/orientační	Obec - dodací pošta	PSČ	

Datum 20

Razítko a podpis lékaře