

Oznámení pracovní neschopnosti (PN) ¹⁾
nebo pobytu v nemocnici

A. POJISTITEL

Kooperativa, pojišťovna, a. s., Templová 747, 110 01 Praha 1, Česká republika, IČ: 47116617

B. POJIŠTĚNÝ

Číslo pojistné události: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Rodné číslo:	Příjmení:	Jméno:	Titul:
Adresa bydliště <input type="checkbox"/> Jiný stát než ČR:		PSČ / ZIP kód:	
Adresa - ulice (místo), č. p.:		Obec - dodací pošta:	
Číslo pojistné smlouvy (pojistky):	Uzavřeno dne:	Číslo klienta (bylo-li již přiděleno):	Sazba:
Počátek PN nebo pobytu v nemocnici:	Konec PN nebo pobytu v nemocnici:	Příčina PN nebo pobytu v nemocnici (uveďte konkrétní nemoc nebo úraz):	
Pojistné plnění poukažte na adresu nebo účet (uveďte pouze jednu z možností):			
Peněžní ústav:	Číslo účtu:	Kód banky:	Specifický symbol:

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 Kooperativy, pojišťovny, a. s., Templová 747, 110 01 Praha 1, IČ: 47 11 66 17 (dále jen „pojišťovna“) plnit. Dále se zavazuji oznámit pojišťovně bez zbytečného odkladu každou změnu výše uvedených údajů. Zmocňuji tímto pojišťovnu, aby z důvodu zjištění mého zdravotního stavu, případně i zjištění příčin mé smrti, v souvislosti s výkonem práv a plněním povinností pojišťovny 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, popř. tyto výpisy a opisy pořizoval sám. Zároveň v souladu s § 55 odst. 2 písm. d) zákona č. 20/1966 Sb., o péči o zdraví lidí, ve znění pozdějších předpisů, opravňuji příslušného lékaře (zdravotnické zařízení), aby pojišťovně na jeho žádost - v rozsahu výše uvedeného zmocnění - poskytl požadované informace tak, jak je povinen je poskytovat pacientovi podle § 67b odst. 12 citovaného zákona. Beru na vědomí, že se pojišťovna na úhradu odměny lékařů za vyplnění zprávy na tomto tiskopisu podílí částkou 100 Kč.

Datum:	Přílohy: Podpis pojištěného
--------	----------	-----------------------------

- ¹⁾ Platnou variantu označte křížkem
- ²⁾ V případě uplatnění práva na plnění za PN vyplňte horní polovinu tiskopisu a spolu s kopií I. dílu „Potvrzení PN“ (trvá-li PN déle než tři měsíce) nebo II. dílu „Potvrzení PN - hlášení závodu o ukončení PN“ (po ukončení PN) zašlete na výše uvedenou adresu. Do rámečku na rubu tiskopisu uveďte příjmení, jméno a adresu lékaře, který Vám PN vystavil. V případě uplatnění práva na plnění za pobyt v nemocnici a tehdy, nebyla-li Vám PN vystavena (jste např. student, žena v domácnosti), nechte vždy vyplnit zprávu lékaře. Odměnu za vyplnění zprávy uhradte lékaři přímo a potvrzení o úhradě zašlete pojišťovně.
- ³⁾ V případě pobytu v nemocnici přiložte k tomuto oznámení propouštěcí zprávu z nemocnice.

C. ZPRÁVA LÉKAŘE

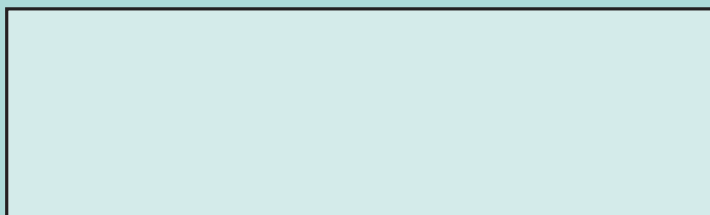
Odměnu za vyplnění této zprávy Vám uhradí pojištěný nebo pojišťovna (vyžaduje-li zprávu sám). Na základě Vámi vystaveného dokladu pojišťovna uhradí pojištěnému částku 100 Kč.

Počátek PN nebo pobytu v nemocnici:	Konec PN nebo pobytu v nemocnici:	Kód diagnózy podle MKN-10:
Příčina pracovní neschopnosti nebo pobytu v nemocnici - uveďte diagnózu (česky):		
Vystaveno potvrzení pracovní neschopnosti č.:		
Uveďte předchozí pracovní neschopnosti pojištěného za poslední dva roky včetně kódu diagnózy podle MKN-10:		
Jde-li o pobyt v nemocnici, uveďte, zda byla hospitalizace přerušena (např. přes víkend)? Pokud ano, na kolik dní:	Jde o opakovanou hospitalizaci v důsledku téže diagnózy? Pokud ano, uveďte data předchozí hospitalizace od - do:	
Jiná sdělení lékaře:		

Název zdravotnického zařízení nebo jméno lékaře:	Obec - dodací pošta:	PSČ:
Název oddělení:	Číslo oddělení:	Telefon:
Peněžní ústav:	Číslo účtu:	Kód banky:
		Specifický symbol:

Datum: Razítko a podpis lékaře
--------	----------------------------------

Záznamy pojistitele:



Vyřizuje / linka:	Naše zn. (č.j.):	Místo odeslání / datum:
-------------------	------------------	-------------------------

Žádost o podání zprávy o pracovní neschopnosti³⁾
o pobytu v nemocnici

Se souhlasem níže jmenovaného pojištěného a v jeho zájmu Vás žádáme o podání zprávy o jeho pracovní neschopnosti; pobytu v nemocnici a o její vrácení na naši adresu. Za vyplnění tiskopisu Vám vyplatíme odměnu ve výši 100 Kč (nezapomeňte uvést Vaše bankovní spojení).

Děkujeme a jsme s pozdravem

Rodné číslo:	Příjmení:	Jméno:	Titul:
<input type="checkbox"/> Adresa bydliště	<input type="checkbox"/> Jiný stát než ČR:	PSČ / ZIP kód:	
Adresa - ulice (místo), č. p.:	Obec - dodací pošta:		
Počátek PN nebo pobytu v nemocnici:	Konec PN nebo pobytu v nemocnici:		

³⁾ Platnou variantu označte křížkem.

.....
Razítko a podpis pojistitele