

Oznámení vzniku dočasné pracovní neschopnosti

- POKYNY K VYPLNĚNÍ -

Vytiskněte všechny strany formuláře.

- Tento formulář vyplní pojištěná osoba.
- Vyplněný formulář a kopii lékařem vystaveného dokladu o dočasné pracovní neschopnosti pro účely ČSSZ zašlete nejpozději do 15. nebo 29. dne trvání dočasné pracovní neschopnosti (do konce sjednané karenční doby) na pobočku pojišťovny.
- K vyplněnému formuláři přiložte kopie lékařských zpráv (v případě hospitalizace také kopii propouštěcí zprávy).
- V případě pracovní neschopnosti vyšetřované policií přiložte kopii policejní zprávy.

Potvrzení dočasné pracovní neschopnosti

- Formulář Potvrzení dočasné pracovní neschopnosti zašlete po jeho vyplnění a potvrzení Vaším ošetřujícím lékařem nejpozději do 15. nebo 29. dne trvání dočasné pracovní neschopnosti na pobočku pojišťovny.
- Formulář Potvrzení trvání dočasné pracovní neschopnosti si nechte Vaším ošetřujícím lékařem pravidelně každé 2 týdny (dle lékařem předepsaných kontrol) potvrdit dobu trvání dočasné pracovní neschopnosti, přičemž kopii potvrzení zašlete nejpozději do 14 dnů od posledního potvrzení na pobočku pojišťovny.
- Nejpozději do 5 dnů po ukončení pracovní neschopnosti zašlete prosím originály formulářů, spolu s kopií dokladu o ukončení dočasné pracovní neschopnosti.

Potvrzení o příjmech

- Pokud bylo sjednáno denní odškodné vyšší než 250 Kč nebo v případě vyžádání pojišťovnou, je nutné doložit u:
 - zaměstnance: potvrzení od zaměstnavatele o příjmech
 - OSVČ: daňové přiznání za předešlé daňové období související s její samostatnou výdělečnou činností.

Pro účely likvidačního řízení mohou být pojišťovnou vyžádány další podklady.

Informace o zpracování Vašich osobních údajů naleznete na www.youplus.cz v sekci Osobní údaje.

Veškeré podklady zašlete prosím na adresu společnosti:

Youplus Insurance International AG, pobočka pro Českou republiku
Futurama Business Park
Sokolovská 668/136d
18600 Praha 8 – Karlín

V případě jakýchkoliv dotazů nás kontaktujte na infolince: **+420 800 700 088** nebo e-mailem: **basler@youplus.cz**.

Oznámení vzniku dočasné pracovní neschopnosti

Informace pro pojištěnou osobu:

1. Tento formulář vyplní pojištěná osoba.
2. Přiložte kopii dokladu o vystavení pracovní neschopnosti pro Českou správu sociálního zabezpečení.
3. Vyplněním tohoto formuláře nevzniká automaticky nárok na pojistné plnění.
4. Tiskopis zašlete nejpozději do 15. nebo 29. dne trvání pracovní neschopnosti (v závislosti na sjednání v pojistné smlouvě) na adresu společnosti:
Youplus Insurance International AG, pobočka pro Českou republiku, Futurama Business Park, Sokolovská 668/136d, 18600 Praha 8 – Karlín.

ČÍSLO POJISTNÉ SMLOUVY:

ÚDAJE O POJIŠTĚNÉ OSOBĚ

Jméno a příjmení pojištěné osoby: ☎Kontakt:

Rodné číslo: E-mail:

Adresa pobytu během trvání pracovní neschopnosti:

☐ **Zaměstnanec:** název a adresa zaměstnavatele:

Zaměstnán/a jako: Povolání od (měsíc/rok):

OSVČ vyplní: Druh podnikatelské činnosti: Místo výkonu práce:

☐ **OSVČ s nemocenským pojištěním**

☐ **OSVČ bez nemocenského pojištění**

☐ **Nezaměstnaný:** – od kdy (přesné datum):

Vznikl Vám nárok na nemocenské dávky z nemocenského pojištění od ČSSZ? ☐ ano ☐ ne

Vznikla Vám ztráta na výdělku? ☐ ano ☐ ne

Pobíráte invalidní (plný, částečný) nebo starobní důchod na základě pravomocného rozhodnutí příslušného orgánu sociálního zabezpečení? ☐ ano ☐ ne
Pokud ano, uveďte od kdy:

Jste v současné době na mateřské / rodičovské dovolené? ☐ ano ☐ ne
Pokud ano, uveďte od kdy:

Vykonával/a jste po dobu své pracovní neschopnosti jakékoliv zaměstnání? ☐ ano ☐ ne
Pokud ano, uveďte od kdy a podrobnosti:

ÚDAJE K DOČASNÉ PRACOVNÍ NESCHOPNOSTI

Datum prvního dne pracovní neschopnosti: od:

Jméno a adresa lékaře, který Vám vystavil potvrzení o pracovní neschopnosti:

Jméno a adresa Vašeho současného praktického lékaře:

Jaká diagnóza byla stanovena?

Kdy jste poprvé v souvislosti s touto diagnózou, ze které nárokujete pojistné plnění, navštívil/a lékaře?

Měl/a jste v minulosti stejné nebo podobné potíže v souvislosti s uvedenou nemocí? ☐ ano ☐ ne
Pokud ano, uveďte podrobnosti:

NÁSLEDUJÍCÍ ÚDAJE VYPLŇTE JEN V PŘÍPADĚ DOČASNÉ PRACOVNÍ NESCHOPNOSTI Z DŮVODU ÚRAZU

Kdy došlo k úrazu? datum/hodina: místo:

Podrobný popis úrazového děje:
Popis okolností vzniku úrazu, činnost, při které došlo k úrazu, zdroj, který byl příčinou úrazu.

Kdy a kde bylo provedeno první ošetření?
Uveďte datum, čas, zdravotnické zařízení, adresu a jméno lékaře:

Jaká zranění jste následkem úrazu utrpěl/a?

Druh úrazu: ☐ úraz ve volném čase ☐ pracovní úraz ☐ ostatní

Byla poraněná část těla postižena již před úrazem? <i>Pokud ano, uveďte podrobnosti:</i>	☐ ano ☐ ne
Vyšetřovala úraz policie? <i>Pokud ano, uveďte adresu policie a číslo spisu, pod kterým je nehoda registrována:</i>	☐ ano ☐ ne
Žádáte nebo jste žádal/a o výplatu pojistného plnění u jiné pojišťovny v souvislosti s uvedenou pracovní neschopností? <i>Pokud ano, uveďte podrobnosti:</i>	☐ ano ☐ ne

POKYNY POJIŠTĚNÉ OSOBY K VÝPLATĚ POJISTNÉHO PLNĚNÍ	
Pojistné plnění poukažte na číslo účtu:	Kód banky:

Prohlašuji, že jsem odpověděl/a pravdivě a úplně a uvedené údaje odpovídají skutečnostem. Jsem si vědom/a toho, že nepravdivé nebo neúplné údaje v tomto oznámení mohou vést ke ztrátě pojistné ochrany a k velkým postihům, dokonce i když pojistiteli kvůli těmto informacím nevznikne žádná škoda. Za správnost údajů jsem zodpovědný/á, i pokud toto oznámení vyplnila třetí osoba (např. manžel/ka, zprostředkovatel).

Jsem si vědom/a toho, že pojistitel k posouzení nároku prověří pravdivost mých údajů, které jsem zaslal/a písemnou formou, také údaje, které na můj vlastní podnět realizovala nemocnice, resp. jiný léčebný ústav nebo zdravotnické zařízení. Souhlasím, aby pojišťovna zjišťovala můj (nezletilého pojištěného) zdravotní stav. Tímto zbavuji mlčenlivosti všechny lékaře a opravňuji je, aby poskytli pojišťovně informace, zdravotnickou dokumentaci týkající se léčby úrazu, onemocnění, resp. zdravotního stavu. Současně zmocňuji pojišťovnu, aby se za účelem došetřování pojistné události, zdravotního stavu nebo za účelem přezkoumávání oznámených údajů a zjištění dalších okolností spojila s jinými pojišťovnami a dalšími veřejnoprávními a soukromoprávními subjekty a souhlasím, aby tyto instituce poskytly pojišťovně požadované informace.

Pojištěný tímto dává lékařům výslovný písemný souhlas s poskytnutím údajů o jeho zdravotním stavu pojišťovně Youplus Insurance International AG.

V dne

Podpis pojištěného, resp. jeho zákonného zástupce

Potvrzení o příjmech

1. Tento formulář vyplní pojištěná osoba, pokud je sjednané denní odškodné vyšší než 250 Kč nebo na vyžádání pojišťovnou i v případě, že je sjednané denní odškodné nižší než 250 Kč.
2. Zaměstnanec si nechá potvrdit hrubý měsíční příjem zaměstnavatelem a předloží jej pojišťovně s formulářem Oznámení vzniku pracovní neschopnosti.
3. OSVČ předkládá tento tiskopis spolu s daňovým priznáním za předešlé daňové období související s její samostatnou výdělečnou činností.
4. Vyplněné formuláře zašlete spolu s Oznámením vzniku dočasné pracovní neschopnosti na adresu:
Yoplus Insurance International AG, pobočka pro Českou republiku, Futurama Business Park, Sokolovská 668/136d, 18600 Praha 8 – Karlín.

POTVRZENÍ ZAMĚSTNAVATELE O HRUBÉM MĚSÍČNÍM PŘÍJMU (VYPLNÍ MZDOVÁ ÚČTÁRNA)	
Název zaměstnavatele – obchodní jméno:	
IČ:	
Adresa zaměstnavatele:	
☎ Kontakt na zaměstnavatele:	
Potvrzujeme, že zaměstnanec pan/paní, rodné číslo: pobíral/a za období posledních 12 měsíců hrubý měsíční příjem ve výši Kč.	
Dále potvrzujeme, že:	
je u nás zaměstnán/a od:	
je práce neschopen/neschopna ode dne:	
je ve funkci na dobu:	☐ určitou ☐ neurčitou
Pobíral/a během pracovní neschopnosti jiné dávky než nemocenské?	☐ sociální dávky ☐ finanční vyrovnání za úšlou mzdu ☐ odškodnění za pracovní úraz ☐ jiné
<i>Pokud ano, uveďte částku v Kč:</i>	
..... Podpis osoby, která je jménem zaměstnavatele oprávněna toto potvrzení vystavit Razítko zaměstnavatele	
Současně potvrzujeme, že zaměstnanec nemá ukončený trvalý pracovní poměr a není ve výpovědní lhůtě.	

Informace pro lékaře: Poskytnutí údajů je v souladu se souhlasem pojištěné osoby (viz první strana). Prosíme Vás o přesné a úplné vyplnění všech otázek. V případě, že Vám pojištěná osoba za vyplnění tohoto formuláře platí poplatek, dovoluujeme si Vás požádat o vystavení originálu příjmového pokladního dokladu.

Jméno a příjmení klienta:	Rodné číslo:
---------------------------	--------------

VYPLŇTE V PŘÍPADĚ NEMOCI ČI ÚRAZU	
Práce neschopen/neschopna od:	
Důvod dočasné pracovní neschopnosti:	☐ pracovní úraz ☐ úraz ve volném čase ☐ ostatní úrazy ☐ karanténa ☐ sebepoškození ☐ chronické onemocnění ☐ ostatní onemocnění
Uved'te číslo Potvrzení dočasné pracovní neschopnosti a datum jejího vystavení: <i>Pokud nebylo vystaveno potvrzení o dočasné pracovní neschopnosti, uveďte důvod:</i>	
Uved'te přesnou diagnózu, pro kterou byla vystavena pracovní neschopnost:	<i>hlavní diagnóza:</i> _____ <i>ostatní diagnózy:</i> _____
Byl pojištěný již v minulosti vyšetřován a/nebo léčen pro stejné a/nebo podobné potíže? Resp. bylo pojištěnému již v minulosti diagnostikováno toto onemocnění? <i>Pokud ano, uveďte podrobnosti:</i>	☐ ano ☐ ne
Došlo v průběhu pracovní neschopnosti k jiným zdravotním obtížím nebo komplikacím? <i>Pokud ano, uveďte podrobnosti:</i>	☐ ano ☐ ne

VYPLŇTE POUZE V PŘÍPADĚ NEMOCI	
Kdy proběhlo první vyšetření/ošetření?	
Proběhlo vyšetření za fyzické přítomnosti pacienta?	☐ <i>ano</i> ☐ <i>ne</i>
Popište příznaky zjištěného onemocnění a průběh léčby:	
Jiné sdělení lékaře, zejm. ke komplikacím léčení, době léčení, provedeným vyšetřením apod.	

Zpráva ošetřujícího lékaře - Potvrzení dočasné pracovní neschopnosti

Informace pro lékaře: Poskytnutí údajů je v souladu se souhlasem pojištěné osoby (viz první strana). Prosíme Vás o přesné a úplné vyplnění všech otázek. V případě, že Vám pojištěná osoba za vyplnění tohoto formuláře platí poplatek, dovolujeme si Vás požádat o vystavení originálu příjmového pokladního dokladu.

VYPLŇTE POUZE V PŘÍPADĚ ÚRAZU		
Kdy došlo k úrazu:	datum/hodina:	místo:
Co uvedl pojištěný jako příčinu úrazu?		
Uveďte slovní diagnózu všech tělesných poškození způsobené úrazem (pokud možno i kód diagnózy podle MKN-10):		
Byla úrazem postižená část těla již dříve poškozena jiným úrazem nebo nějakým onemocněním? <i>Pokud ano, uveďte podrobnosti:</i>	☐ ano ☐ ne	
Lze předpokládat, že úraz zanechá trvalé následky? <i>Pokud ano, uveďte podrobnosti:</i>	☐ ano ☐ ne	
Příložte fotokopie případných odborných vyšetření, která pojištěný absolvoval v souvislosti s uvedenou pracovní neschopností.		

V případě požadavků posudkového lékaře pojišťovny Youplus Insurance International AG vyslovuji souhlas ke spolupráci.
Čestně prohlašuji, že rozhodnutí o pracovní neschopnosti bylo vydáno na základě vyšetření, kterým bylo zjištěno, že zdravotní stav uvedeného klienta mu pro nemoc nebo úraz nedovoluje vykonávat jeho pracovní či jinou výdělečnou činnost.
Prohlašuji, že jsem odpověděl(a) pravdivě a úplně na všechny otázky a jsem si vědom(a) důsledků nepravdivých odpovědí.

V dne:

.....
Razítko a podpis ošetřujícího lékaře + ☎kontakt

Potvrzení trvání dočasné pracovní neschopnosti

Jméno a příjmení klienta:

Rodné číslo:

Datum ošetření:..... Datum příští kontroly:..... Předpokládaný konec PN:..... Práceschopný od:

Podrobný průběh léčby, případné komplikace nebo změna diagnózy v průběhu léčení:

V případě požadavků posudkového lékaře pojišťovny Youplus Insurance International AG vyslovuji souhlas ke spolupráci. Čestně prohlašuji, že jsem odpověděl(a) pravdivě a úplně na všechny otázky a jsem si vědom(a) důsledků nepravdivých odpovědí.

V.....dne.....

.....
Razítko a podpis ošetřujícího lékaře +  kontakt

Datum ošetření:..... Datum příští kontroly:..... Předpokládaný konec PN:..... Práceschopný od:

Podrobný průběh léčby, případné komplikace nebo změna diagnózy v průběhu léčení:

V případě požadavků posudkového lékaře pojišťovny Youplus Insurance International AG vyslovuji souhlas ke spolupráci. Čestně prohlašuji, že jsem odpověděl(a) pravdivě a úplně na všechny otázky a jsem si vědom(a) důsledků nepravdivých odpovědí.

V.....dne.....

.....
Razítko a podpis ošetřujícího lékaře +  kontakt

Datum ošetření:..... Datum příští kontroly:..... Předpokládaný konec PN:..... Práceschopný od:

Podrobný průběh léčby, případné komplikace nebo změna diagnózy v průběhu léčení:

V případě požadavků posudkového lékaře pojišťovny Youplus Insurance International AG vyslovuji souhlas ke spolupráci. Čestně prohlašuji, že jsem odpověděl(a) pravdivě a úplně na všechny otázky a jsem si vědom(a) důsledků nepravdivých odpovědí.

V.....dne.....

.....
Razítko a podpis ošetřujícího lékaře +  kontakt

Datum ošetření:..... Datum příští kontroly:..... Předpokládaný konec PN:..... Práceschopný od:

Podrobný průběh léčby, případné komplikace nebo změna diagnózy v průběhu léčení:

V případě požadavků posudkového lékaře pojišťovny Youplus Insurance International AG vyslovuji souhlas ke spolupráci. Čestně prohlašuji, že jsem odpověděl(a) pravdivě a úplně na všechny otázky a jsem si vědom(a) důsledků nepravdivých odpovědí.

V.....dne.....

.....
Razítko a podpis ošetřujícího lékaře +  kontakt

Datum ošetření:..... Datum příští kontroly:..... Předpokládaný konec PN:..... Práceschopný od:

Podrobný průběh léčby, případné komplikace nebo změna diagnózy v průběhu léčení:

V případě požadavků posudkového lékaře pojišťovny Youplus Insurance International AG vyslovuji souhlas ke spolupráci. Čestně prohlašuji, že jsem odpověděl(a) pravdivě a úplně na všechny otázky a jsem si vědom(a) důsledků nepravdivých odpovědí.

V.....dne.....

.....
Razítko a podpis ošetřujícího lékaře +  kontakt