

NEMOCENSKÁ POJIŠŤOVNA
SOUKROMÝCH ÚŘEDNÍKŮ A ZŘIZENCŮ
V PRAZE.

VYTISKLA
KNIHTISKARNA ORBIS
V PRAZE

Legitimace

*(Předložte při každém osobním styku
s pojišťovnou.)*

Při odhlášení nutno legitimaci vrátiti.

(Viz poučení uvnitř.)

Tato legitimace jest průkazem Vašeho členství u Nemocenské pojišťovny soukromých úředníků a zřízenců v Praze. Poučuje Vás také o nemocenském pojištění. Pročtěte pozorně všechny pokyny v ní a uvědomte o nich své rodinné příslušníky. Zacházejte s legitimací šetrně! Za poškozenou či ztracenou legitimaci vystaví Vám pojišťovna novou jen za předem zaplacený poplatek 2 K, který možno zaslati ve známkách.

Ve styku s pojišťovnou uveďte vždy toto členské číslo:

707.007 / 7244

Alois Neskusil

Příjmení a jméno.

15/2. 1919 Vědomice

Den, měsíc, rok a místo narození.

Razítko
a podpis úřadovny:

NEMOCENSKÁ POJIŠŤOVNA
soukromých úředníků a zřízenců v Praze
ÚŘADOVNA KLADNO

Všechny záležitosti Vašeho nemocenského pojištění vyřizuje úřadovna pojišťovny v tomto místě:

KLADNO

Obsahuje-li legitimace nesprávné zápisy o Vás, o rodinných příslušnících, o mzdových třídách a pod., vraťte ji ihned úřadovně s příslušnými námitkami.

OPRAVNĚNÍ RODINNÍ PŘÍSLUŠNÍCI*)

Příjmení a jméno	Den, měsíc a rok naroz.	Rodinný poměr	Poznámka

*) Viz „Poučení“ v legitimaci.

Každé zneužití legitimace jest trestné!

Jméno a sídlo zaměstnavatele	Přihlášen				Odhlá- šen
	ode dne	ve tř.*)	ode dne	ve tř.*)	
<i>Redušová dležtva pro ruiny se mlčely Bakušovic - Brivey</i>	<i>7. 10. 1940</i>	<i>VIII</i>			

*) Viz pojistnou tabulku na 16. straně a „Poučení“ v legitimaci o mzdových třídách.

Písemné zápisy v legitimaci provádí, opravuje a doplňuje výhradně úřadovna pojišťovny.

POUČENÍ POJIŠTĚNCŮM.

Každá osoba, která vstupuje do zaměstnání pojištěním povinného a která jest zároveň podrobena pensijnímu pojištění, musí býti do *tří dnů* od vstupu do zaměstnání přihlášena zaměstnavatelem k nemocenskému pojištění.

Působnost N. P. S. Ú. se vztahuje na celou oblast Protektorátu Čechy a Morava a její obvod jest rozdělen v menší úseky, spravované úřadovny v těchto místech: Praha, Kolín, Tábor, Pardubice, Hradec Král., Ml. Boleslav, Kladno, Plzeň, Č. Budějovice, Jihlava, Brno, Olomouc, Mor. Ostrava, Vítkovice. Úřadovny jsou pověřeny přijímatí přihlášky, vydávati legitimace, vyměřovati pojistné a poskytovatí dávky nemocenského pojištění. *Členové vyřizují své záležitosti s pojišťovnou vždy výhradně prostřednictvím té úřadovny, která je vede v evidenci* (viz 1. str. legitimace). Členství se získává přihláškou se strany zaměstnavatele a přijetím přihlášky se strany N. P. S. Ú.

Legitimace. Každému členu vydá N. P. S. Ú. zdarma legitimaci, která jest průkazem jeho členství u pojišťovny. Členové se musí vykázati legitimací při osobním styku se všemi orgány pojišťovny. Při vystoupení ze zaměstnání jest člen povinen legitimaci ihned odevzdati bývalému zaměstnavateli, který ji vrátí úřadovně s odhláškou; nastupuje-li hned nové zaměstnání, může připojiti legitimaci k nové přihlášce; jinak jest člen při novém přihlášení povinen nahraditi poplatek jako za legitimaci ztracenou.

Legitimace jest průkazem členství jen pro dobu, v níž jest zaměstnanec u N. P. S. Ú. pojištěn.

Legitimace obsahuje nationale pojištěncovo a nad jiné důležité: seznam oprávněných rodinných příslušníků, pojištěncovu mzdovou třídu a pojištěncovo členské číslo.

Jména rodinných příslušníků zapisuje do legitimace výhradně sama pojišťovna. Pojištěnec jest povinen předložit pojišťovně legitimaci k doplnění či opravě, kdykoli nastane změna v poměrech rodinných příslušníků. Pojištěnec jest oprávněn vyzvednouti u zaměstnavatele poukázku k lékaři jen pro ty rodinné příslušníky, kteří jsou zapsáni v legitimaci.

Členské číslo (rovněž přesnou adresu) uveďte ve všech písemných podáních, na poukázkách k lékaři, poukázkách na nemocenském, na dopisech, v žádostech a pod.

Mzdové třídy. Podle mzdových tříd poskytuje pojišťovna peněžité dávky (viz „Pojistnou tabulku“ na 16. straně). Pro zařazení do mzdových tříd jsou směrodatny roční služební požitky, k nimž patří také: příbytečné, funkční, drahotní, vybavovací, nákupní a všechny jiné přídavky; tantiemy, provise, podíl na zisku; remunerace, novoročné, bilanční odměny a pod.; diety jednou třetinou; polovina nemocenských a pensijních příspěvků, nesráží-li ji zaměstnavatel zaměstnanci ze služného; všechny druhy požitků věcných, jako naturální byt (počet obývaných místností), otop, osvětlení, strava, deputát a pod. (množství měsíčně či ročně), jejich ocenění provádí pojišťovna podle vyhlášek zemského úřadu. Změny služného jest zaměstnavatel povinen ohlásiti pojišťovně do 7 dnů následujícího kalendářního měsíce. Též při změně mzdové třídy jest pojištěnec povinen předložit legitimaci k opravě. Změny mzdových tříd, které nastanou v období 4 týdnů před vznikem pojistného případu, nejsou směrodatny pro určení výše peněžitých dávek.

Všechny písemné zápisy v legitimaci činí jedině pojišťovna; pojištěnec sám nesmí v legitimaci ničeho měniti. Každé zneužití legitimace jest trestné.

Dobrovolné pojištění. Členové pojišťovny mohou dobrovolně pokračovati v pojištění a tak udržeti si nárok na zá-

konné dávky nemocenského pojištění, jestliže se do 28 dnů po vystoupení ze zaměstnání přihlásí k pokračování v pojištění, a to ve mzdové třídě, do níž náleželi v době zániku pojištění. Pojistné platí celé sami. Pojištění toto zaniká odhlášením, nebo nezaplacením pojistného za 4 týdny.

Pro lepší informaci pojištěnců o dávkách nemocenského pojištění u N. P. S. Ú. vydala pojišťovna *nemocenský řád*, do něhož mohou pojištěnci volně nahlížeti u svého zaměstnavatele. Za náhradu K 1.— (i ve známkách) mohou si pojištěnci opatřiti nemocenský řád u pojišťovny. K legitimaci jest připojen výtah z nemocenského řádu.

VÝTAH ZE STANOV A NEMOCENSKÉHO ŘÁDU.

Dožaduje-li se pojištěnec jakékoli dávky nemocenského pojištění pro sebe, či pro své rodinné příslušníky, musí svůj nárok **uplatnit** u příslušné úřadovny pojišťovny.

I. DÁVKY V NEMOCI.

1. **Nemoc.** Lékařské ošetřování poskytuje pojišťovna u praktických lékařů. Každý zaměstnavatel má seznam lékařů pojišťovny, do něhož mohou pojištěnci volně nahlížeti. Mezi lékaři praktickými, zubními a zubními techniky mají pojištěnci volnou volbu. Kromě toho se mohou léčit v ambulatoriích pojišťovny. Pojištěnec jest povinen zpravit své rodinné příslušníky, kteří nejbližší lékaři přicházejí v úvahu při léčení na účet pojišťovny. Nárok na lékařské ošetřování uplatňuje pojištěnec tím způsobem, že si vyžádá u zaměstnavatele poukázku k lékaři, postará se, aby byla řádně vyplněna a odevzdá ji lékaři pojišťovny, jehož pomoci se dožaduje. Bez poukázky považuje lékař pojištěnce za soukromého pacienta; v odůvodněných případech může lékař pojišťovny dovoliti, aby poukázka byla mu předložena dodatečně, nejpozději do 8 dnů. Poukázka platí pouze na dobu jednoho kalendářního čtvrtletí; při déle trvajícím onemocnění musí pojištěnec pro každé kalendářní čtvrtletí předložit poukázku novou. Po propuštění ze zaměstnání vydává poukázky k lékaři pojišťovna.

2. **Nejbližší lékař.** Volá-li pojištěnec lékaře do svého bytu, musí povolati nejbližšího praktického lékaře pojišťovny. Jinak není dovoleno během jedné a téže nemoci měniti ošetřujícího lékaře nebo léčit se u více lékařů najednou.

3. **Odborné léčení** u lékařů pojišťovny a mimořádné lékařské výkony (na př. operace, roentgen, horské slunce,

injekce) povoluje výhradně sama pojišťovna. Na doporučení lékaře pojišťovny — při očních a zubních chorobách bez doporučení — vydává pojišťovna zvláštní poukázky k léčení u odborných lékařů a na mimořádné lékařské výkony. Vykáže-li se nemocný odbornému lékaři pouze poukázkou pro praktického lékaře, musí mu ze svého zaplatiti rozdíl sazeb. Odborné léčení poskytuje pojišťovna též ve svých ambulatoriích.

4. **Ošetření zubů** dožadují se pojištěnci u praktických lékařů, u odborných zubních lékařů a u zubních techniků pojišťovny (podle seznamu), jakož i v zubních ambulatoriích pojišťovny na podkladě poukázek k zubnímu (praktickému) lékaři, které vydává zaměstnavatel, případně pojišťovna. Je-li třeba plombování zubů nebo jiných mimořádných zubolékařských výkonů, vydá lékař či technik písemný návrh na ně s rozpočtem a pojištěnec předem obstará u pojišťovny povolení. V povolení pojišťovna určí výši příspěvku, částku nad to musí pojištěnec zaplatiti ze svého. Pojištěnec se má běžně starati o ošetření svého chrupu. Na drahé kovy (zlato a pod.) při úpravě chrupu pojišťovna příspěvky neposkytuje.

5. Na **soukromé léčení** pojišťovna příspěvky neposkytuje, vyjímajíc naléhavé případy první pomoci.

6. **Léky** předepsané lékařem pojišťovny vydávají pojištěncům téměř všechny lékárny. Pro některé lékárnické speciality a seriovou léčbu injekcemi jest třeba povolení pojišťovny, o čemž lékař nemocného poučí.

7. Na **therapeutické pomůcky**, které lékař pojišťovny doporučí, vydává poukázky jediné pojišťovna, při čemž určí výši příspěvku odpovídajícího sazbám pojišťovny za jednoduché provedení pomůcky.

8. **Počátek a konec nároku.** Nárok na pomoc v nemoci (podpůrcí doba) běží od počátku nemoci a končí vyléčením nebo vyčerpáním nároku. Osobám vystoupivším

ze zaměstnání se zachovává nárok na zákonné (nikoli statutární) dávky, nabyly-li nároku na tu kterou pojistnou dávku v ochranné době. Ochranná doba čítá 42 dny, případně kratší dobu, trvalo-li pojištěné zaměstnání méně než 42 dny.

9. Nemocenské a hlášení pracovní neschopnosti. Nemocenské se poskytuje nemocným pojištěncům od počátku pracovní neschopnosti nejdéle po dobu jednoho roku. Do této doby se započítávají všechna období, v nichž pojištěnec byl v jednom pojistném případě neschopný ku práci, i pokračování nemoci. Nárok na výplatu nemocenského vzniká teprve hlášením neschopnosti. Pojištěnec jest povinen hlásiti nemoc způsobující pracovní neschopnost pojišťovně do tří dnů ode dne, kdy byl lékařem uznán neschopným práce. Uzná-li lékař pojišťovny pojištěnce neschopným ku práci, odevzdá mu vyplněný tiskopis „Hlášení nemoci“ a poučí ho, jak se má chovati v nemoci; pojištěnec potvrdí na tiskopisu, že vzal lékařské poučení na vědomí a postará se, aby hlášení bylo nejpozději třetí den doručeno nebo zasláno pojišťovně. Nemoc a pracovní neschopnost se pokládá za řádně hlášenou pojišťovně také tehdy, byla-li ohlášena jejím kontrolnímu lékaři. Hlásí-li se nemoc po uplynutí třídenní lhůty, vzniká nárok na nemocenské teprve dnem, kdy hlášení bylo pojišťovně doručeno.

10. Výši nemocenského, jež se od 43. dne neschopnosti zvyšuje — spadá-li počátek pracovní neschopnosti do doby členství — podle mzdových tříd, ukazuje připojená tabulka. Nemocenské až do návratu pracovní schopnosti se vyplácí na podkladě „poukázek na nemocenské“, které vystavuje lékař týdně, při delších onemocněních čtrnáctidenně pozadu. Pojištěnec jest povinen opatřiti na poukázku potvrzení zaměstnavatele, že nevykonává zaměstnání, a pak ji doručiti pojišťovně.

11. Předpisy o chování v nemoci (nemocenský řád):

Pojištěnec v nemoci se musí řídit radou ošetřujícího příp. kontrolního lékaře a těmito předpisy pro nemocné:

- a) Nesmí opouštěti byt v hodinách, kdy nemá povoleny vycházky; výjimku činí zvláštní vyzvání pojišťovny.
- b) Nesmí navštěvovati kavárny, hostince, schůze, divadla, biografy, zábavy a pod. ani v době povolených vycházek. Nesmí docházeti do závodu svého zaměstnavatele, vyjma případ, kdy žádá potvrzení poukázky na nemocenské.
- c) Nesmí bez předchozího svolení pojišťovny měniti svůj pobyt, zejména se nesmí ani na svůj účet odebrati do lázní, na venkov a pod. Nemocný, který chce změniti svůj pobyt za účelem dalšího léčení neb zotavení, musí si předem vyžádati povolení pojišťovny a vyčkati vyřízení. Pouhé doporučení ošetřujícího lékaře nemůže nahraditi nezbytné povolení pojišťovny.
- d) Nesmí konati žádné práce svého pojištěného zaměstnání, žádné práce v domácnosti, ani jakékoli jiné hospodářsky hodnotné práce.
- e) Musí se bezpodmínečně léčiti u lékaře pojišťovny.
- f) Musí ihned vyhověti vyzvání pojišťovny, aby se dostavil na vyšetření k určitému lékaři, aby se podrobil léčení v nemocnici a pod.; nedovoluje-li jeho zdravotní stav, aby takové výzvě vyhověl, musí o tom do 3 dnů pojišťovně předložiti písemné dobrozdání ošetřujícího lékaře.

Porušení předpisů nemocenského řádu se trestá snížením nemocenského na polovici nejméně za dobu jednoho týdne. Hrubé nebo opakované porušování těchto předpisů má za následek zvýšení trestu, případně odejmutí nemocenského vůbec. V případě uvedeném pod písm. c) se nevyplácí nemocenské po dobu nedovoleného vzdálení se.

12. Ústavní léčení může pojišťovna poskytnouti místo všech dávek výše uvedených, a to ve veřejné nemocnici

podle poslední třídy. Pojišťovna platí léčebné veřejné nemocnici po dobu 28 dní, případně — zavázala-li se k tomu — déle; má-li pojištěnec příslušníky, jichž výživu hradil ze svého výdělků, poskytuje pojišťovna v této době polovici nezvýšeného nemocenského. Je-li pak pojištěnec léčen ve veřejné nemocnici ještě další dobu, neplatí jí léčebné ani pojišťovna ani pojištěnec; v této další době se poskytuje pojištěnci celé nezvýšené nemocenské, pokud nevyčerpal podpůrnou dobu.

13. Pojištěnec se musí podrobiti léčení ve veřejné nemocnici pod následky uvedenými v odst. 11:

- a) vyžaduje-li nemoc ošetření a péče, jež v domácnosti nemohou být poskytnuty, nebo nežije-li pojištěnec ve společné domácnosti se členy rodiny;
- b) vyžaduje-li toho druh nemoci;
- c) jednal-li proti předpisům o chování se nemocných nebo proti příkazu ošetřujícího lékaře;
- d) jde-li o choroby, jejichž léčení vyžaduje mimořádně velkých nákladů nebo stálého pozorování;
- e) vyžaduje-li rozpoznání choroby pozorování nebo vyšetřování, jež může být vykonáno pouze v ústavě, zejména je-li nutné k posouzení pracovní schopnosti.

Neuposlechne-li pojištěnec příkazu pojišťovny, aby vstoupil do ústavního ošetřování, nebo přerušil-li bez svolení pojišťovny předčasně léčení, může mu pojišťovna odepřít nadále nemocenské.

14. Jedná-li se o těžkou operaci, může pojišťovna podle nemocenského řádu dobrovolně povolit ošetřování na II. tř. nemocnice nebo v sanatoriu nejvýše po dobu 28 dnů, při čemž pojištěnec nemá nároku na poloviční nemocenské pro rodinné příslušníky, honorář za operaci atd. musí pojištěnec platit ze svého. Bez předchozího povolení pojišťovna na taková léčení vůbec nepřispívá, v případě první

pomoci nahradí pouze částku, odpovídající sazbám III. tř. nejbližší veřejné nemocnice.

15. **Doprava do nemocnice.** Nemocnému nahradí pojišťovna také přiměřeně nutný náklad na dopravu do nejbližší nemocnice a z nemocnice, vyžaduje-li to stav jeho nemoci. Po propuštění z ústavního léčení, cítí-li se pojištěnec dál neschopen ku práci, musí se opět dostavit k lékaři pojišťovny a opět do tří dnů podle odst. 9 pojišťovně ohlásit další neschopnost ku práci.

II. MATEŘSTVÍ.

1. Pomoc v mateřství pojištěnek pozůstává

- a) z příspěvku K 300.— za pomoc porodní asistentky;
- b) z podpory v těhotenství ve výši nezvýšeného nemocenského, pokud pojištěnka nevykonává zaměstnání, nejvýše za dobu šesti neděl před slehnutím;
- c) z podpory v šestinedělí ode dne následujícího po slehnutí za stejných podmínek jako v těhotenství;
- d) z podpory za kojení ve výši polovičního nezvýšeného nemocenského ode dne následujícího po slehnutí, pokud pojištěnka sama kojí, nejvýše po dobu 12 týdnů.

2. **Umělý potrat** smí být proveden výhradně ve veřejné nemocnici nebo porodnici; náklady s umělým potratem jinde provedeným jdou výhradně na vlastní účet pojištěnky.

3. **Podpory v těhotenství a šestinedělí** se poskytují pouze pojištěnkám, které byly v posledním roce ode dne porodu nazpět počítáno aspoň 6 měsíců povinně pojištěny. Nárok na ně jest podmíněn dále hlášením pojištěnky, že pro vysoké těhotenství přestala vykonávat své zaměstnání, a předkládáním poukázek potvrzených lékařem i zaměstnavatelem ve lhůtách čtrnáctidenních pozadu (viz odst. I.-9).

Zvláštní poukázky na podporu za kojení vydává lékař pojišťovny rovněž čtrnáctidenně pozadu.

III. POHŘEBNĚ.

Pozůstalým poskytuje pojišťovna pohřebné ve výši v připojené tabulce uvedené, zemře-li pojištěnec v době pojištné povinnosti, nebo v době ochranné, nebo v době podpůrcí, anebo do šesti měsíců po vyčerpání nároku na nemocenského.

IV. DÁVKY PRO RODINNÉ PŘÍSLUŠNÍKY.

1. Za rodinné příslušníky se považují: manželka, družka, nebo manžel, manželské, nemanželské i nevlastní děti do 16 let (studující na doloženou žádost do 21 let), rodiče, sourozenci, děd a bába, tchán a tchyně, pokud bydlí s pojištěncem ve společné domácnosti, když nemají nároku na dávku ze svého vlastního nemocenského pojištění a když jsou převážně odkázáni na jeho mzdu.

Pojištěnec jest povinen uvést jména svých rodinných příslušníků, pro něž hodlá uplatňovati nárok na dávky, na přihlášce. Jména přihlášených rodinných příslušníků, pro něž má pojištěnec nárok na nemocenské dávky, zapisuje pojišťovna do legitimace. Nárok na dávky pro rodinného příslušníka vzniká teprv po uplynutí čekací doby 4 týdnů.

2. **Nemoc rodinných příslušníků.** Pro nemocné rodinné příslušníky vydává poukázky na léčení u praktického lékaře zaměstnavatel; odborné léčení umožňuje pojišťovna po předchozí dohodě. Na zubotechnické práce poskytuje pojišťovna dobrovolné příspěvky. Rodinným příslušníkům jsou přístupna ambulatoria pojišťovny stejně jako pojištěncům. Na ústavní léčení manželky a dětí přispívá pojišťov-

na, je-li o to předem požádána, nejvýše jednou polovicí léčebného po dobu 28 dní podle sazeb III. tř. veř. nemocnice.

3. **Mateřství rodinných příslušnic.** V mateřství rodinných příslušnic poskytuje pojišťovna příspěvek K 300.— na pomoc porodní asistentky na základě dotazníku o narození děcka, který si pojištěnec vyžádá od pojišťovny. V mateřství manželky má pojištěnec, který jest členem pojišťovny bez přerušeni aspoň rok a jehož hrubý příjem za tento rok nepřekročil K 36.000.—, nárok na podporu v těhotenství, v šestinedělí a za kojení v poloviční výši nároku pojištěnek (viz II.). Dávky v mateřství se poskytují, jen když jest nárok uplatněn do šesti týdnů po porodu tiskopisem žádosti, který si pojištěnec vyžádá u pojišťovny.

4. **Pohřebné.** Zemře-li rodinný příslušník mladší dvou let, činí pohřebné K 60.—, při stáří do 14 let K 180.— a u starších příslušníků K 300.—, které pojišťovna vyplatí pojištěnci na úřední nekolokovaný výpis z matriky zemřelých.

V. SANATORIA A LÁZNĚ.

Sanatorní a lázeňské léčení poskytuje pojišťovna dobrovolně v odůvodněných případech jen těm pojištěncům, kteří o ně předem pojišťovnu požádali. Tiskopisy žádosti zároveň s referátníkem pro zprávu ošetřujícího lékaře vydává pojišťovna. Doporučuje se žádost podati aspoň 6 týdnů předem. Pojištěnci nepřísluší nemocenské, ani jiná náhrada, podstoupí-li sanatorní či lázeňské léčení na vlastní útraty bez svolení pojišťovny.

POJISTNÁ TABULKA

Mzdová třída ¹⁾	Měsíční služební příjem do K ¹⁾	Měsíční pojistné ²⁾	Nemocenské ³⁾		Pohřebné ³⁾
			do 42 dnů	od 43. dne	
I.	90.—	3.60	1.40	2.25	150.—
II.	150.—	7.20	2.70	2.70	180.—
III.	225.—	10.20	4.—	4.50	270.—
IV.	315.—	15.60	6.—	6.50	405.—
V.	405.—	20.40	8.—	9.—	540.—
VI.	495.—	25.80	10.—	12.—	675.—
VII.	585.—	30.60	12.—	14.50	810.—
VIII.	675.—	36.—	14.—	17.50	945.—
IX.	765.—	41.40	16.—	20.—	1080.—
X.	855.—	46.20	18.—	22.50	1215.—
XI.	945.—	51.60	20.—	25.50	1350.—
XII.	1035.—	56.40	22.—	28.—	1485.—
XIII.	1125.—	61.80	24.—	31.—	1620.—
XIV.	1215.—	67.20	26.—	33.50	1755.—
XV.	přes 1215.—	72.—	28.—	36.—	1890.—

¹⁾ Viz „Poučení“ v legitimaci. ²⁾ Z toho nejvýš polovici může zaměstnavatel sraziti zaměstnanci z platu. ³⁾ Viz „Výtah z nemocenského řádu“.