



Oznámení/hlášení pojistné události - úmrtí

Tento formulář se použije také pro oznámení smrti z pojištění pro případ osvobození od placení pojistného a oznámení smrti následkem úrazu.

Vyplňte části B. až E. – uplatňuje-li právo na pojistné plnění **více oprávněných osob, vyplní každá z nich tyto části na samostatném formuláři** (bez jejich úplného vyplnění včetně podpisů pod částí G. nelze poskytnout pojistné plnění) – a **část H. předejte k vyplnění ošetřujícímu lékaři pojištěného**. Část H. Zpráva lékaře se vyplňuje, zemře-li pojištěný do 2 let od počátku pojištění (u pojistných událostí z pojištění FLEXI), resp. do 5 let od počátku pojištění (u pojistných událostí z ostatních pojištění) - uplatňuje-li právo na pojistné plnění více osob, vyplnění této části lékařem stačí pouze jednou. **Náklady spojené s vyplněním zprávy lékaře pojistitel nehradí.**

Není-li v pojistné smlouvě, z níž uplatňujete právo na pojistné plnění, **určen obmyšlený**, uveďte v **části D. název (jméno) a adresu příslušného notáře (soudu)**, který vyřizuje pozůstalost.

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

Rodné číslo ¹⁾	Příjmení	Jméno	Titul
Adresa posledního bydliště	Ulice (místo), číslo popisné/orientační		PSČ
Obec – dodací pošta			<input type="checkbox"/> Jiný stát než ČR, jaký, ZIP kód ²⁾

¹⁾ U cizinců se zapíše datum narození ve tvaru RRRMDD/9999.
²⁾ Není-li vyplněno, platí stát ČR.
³⁾ Platnou variantu označte křížkem (platí i v ostatních případech s možností více variant).

C. OSOBA, KTERÁ UPLATŇUJE PRÁVO NA POJISTNÉ PLNĚNÍ (IDENTIFIKOVANÁ OSOBA)

<input type="checkbox"/> obmyšlený (osoba určená v pojistné smlouvě pro případ smrti pojištěného ¹⁾)	<input type="checkbox"/> pojistník (zemře-li dítě)	<input type="checkbox"/> zákonný zástupce obmyšleného - doloží identifikační údaje zastoupeného, např. rodný list dítěte	<input type="checkbox"/> fyzická osoba (zmocněnec) - doloží plnou moc s úředně ověřeným podpisem zmocnitele (obmyšleného), nebo její úředně ověřenou kopii
<input type="checkbox"/> právnická osoba ²⁾	<input type="checkbox"/> jiná osoba - doloží vztah k pojištěnému či obmyšlenému a kopii dokumentu, který zakládá její nárok na pojistné plnění		
Rodné číslo/IČO ³⁾	Příjmení/Název firmy ³⁾	Jméno	Titul
<input type="checkbox"/> Jiné státní občanství než ČR, jaké ⁴⁾	Občanský průkaz ČR (číslo) nebo jiný průkaz (druh, číslo, vydávající orgán, stát)	Platnost průkazu do	Místo, stát narození ⁵⁾
<input type="checkbox"/> Pohlaví <input type="checkbox"/> Muž <input type="checkbox"/> Žena	<input type="checkbox"/> Jste daňovým rezidentem (i jiného státu než ČR? Kterého? ⁶⁾	<input type="checkbox"/> Jste politicky exponovaná osoba (PEP)? ⁷⁾	
<input type="checkbox"/> Ano <input type="checkbox"/> Ne	<input type="checkbox"/> Ano <input type="checkbox"/> Ne		
Kontaktní adresa	Ulice (místo), číslo popisné/orientační		PSČ
Obec – dodací pošta			<input type="checkbox"/> Jiný stát než ČR, jaký, ZIP kód ²⁾
E-mail ⁸⁾	Mobilní telefon	Telefon	
Obmyšlený⁹⁾	Rodné číslo ¹⁾	Příjmení	Jméno
	Ulice (místo), číslo popisné/orientační	Obec - dodací pošta	PSČ
		Stát trvalého bydliště	

¹⁾ Není-li obmyšlený v pojistné smlouvě určen, vznikne právo na pojistné plnění osobám v pořadí daném zákonem, tj. manžel pojištěného, děti pojištěného, rodiče pojištěného.
²⁾ Je-li oprávněnou osobou osoba právnická, vyplní se pouze její IČO a název a pro identifikaci osob, které za ni jednájí, se použije formulář Vo-131/7672 (Z 6111) „Identifikace a základní kontrola klienta - právnické osoby“.
³⁾ Není-li vyplněno, platí státní občanství/stát narození/stát ČR.
⁴⁾ Je-li označeno křížkem Ano, vyplňte formulář Vo-118/7670 (Z 6110) „Identifikace a základní kontrola klienta - fyzické osoby“, blíže na www.koop.cz.
⁵⁾ Uvedením e-mailové adresy oprávněná osoba / zákonný zástupce souhlasí pro účely vyřizování této pojistné události s komunikací prostřednictvím tohoto e-mailu.
⁶⁾ Údaje o obmyšleném uveďte pouze v případě, že není zároveň osobou, která uplatňuje právo na pojistné plnění.

D. ÚDAJE O POJIŠTĚNÍ A POJISTNÉ UDÁLOSTI

Číslo pojistné smlouvy	Číslo pojistné smlouvy	Číslo pojistné smlouvy	Číslo pojistné smlouvy
Datum úmrtí	Příčina úmrtí	<input type="checkbox"/> smrt následkem úrazu ¹⁰⁾ <input type="checkbox"/> smrt z jiné příčiny, jaké: ¹¹⁾	
Jméno a adresa praktického lékaře pojištěného			
Název/jméno a adresa soudu/notáře, který vyřizuje pozůstalost			
V případě smrti následkem úrazu uveďte:			
Datum, čas a místo úrazu	Průběh a okolnosti úrazu		
Stal se úraz při dopravní nehodě?	<input type="checkbox"/> Ano <input type="checkbox"/> Ne	Při úrazu osob, dopravovaných motorovým vozidlem, uveďte RZ (SPZ)	
Jména a adresy řidiče a spolujezdců	Vyšetřovala dopravní nehodu policie nebo jiný státní orgán pověřený šetřením nehod? <input type="checkbox"/> Ano <input type="checkbox"/> Ne		

¹⁰⁾ Doložte kopii úmrtího listu a doklad s uvedením příčiny úmrtí. Bylo-li úmrtí šetřeno policií, doložte kopii protokolu z tohoto šetření nebo usnesení policie.
¹¹⁾ Doložte kopii úmrtího listu. V případě úmrtí do dvou let od počátku pojištění doložte kopie zdravotnické dokumentace týkající se příznaků, vyšetření a nálezů, na jejichž základě byla diagnóza stanovena, a kopie zdravotnické dokumentace týkající se předchozích příznaků, které byly v příčině souvislosti s tímto onemocněním.

E. ZPŮSOB VÝPLATY PLNĚNÍ

Pojistné plnění / nespotřebované pojistné / přeplatek pojistného poukažte na (uveďte pouze jednu z možností)			
<input type="checkbox"/> Číslo účtu	Kód banky	Specifický symbol	
<input type="checkbox"/> Adresu uvedenou v části C. <input type="checkbox"/> Jinou adresu			
<input type="checkbox"/> Jako mimořádné pojistné na pojistnou smlouvu č.	Název fondu	Specifický symbol ¹²⁾	
<input type="checkbox"/> Jako mimořádné pojistné na účet číslo	Kód banky	Variabilní symbol	
<input type="checkbox"/> Jako běžné pojistné na pojistnou smlouvu č.			
<input type="checkbox"/> Jako běžné pojistné na účet číslo	Kód banky	Variabilní symbol	

Nebudou-li správně a úplně vyplněny údaje v části B. a C. nebo část s podpisy a údaji o získateli (pod částí G.) a pojistné plnění převyšší 1 000 EUR, může být zasláno na účet České spořitelny, a.s. (tzv. sběrný účet) a identifikace příjemce plnění bude provedena při jeho výplatě na pobočce České spořitelny.

¹²⁾ Viz Informace pro klienta, též na www.koop.cz.

F. ZMOCNĚNÍ PODLE ZÁKONA O POSKYTOVÁNÍ ZDRAVOTNÍCH SLUŽEB

Pojištěný uděluje v souladu s § 2828 zákona č. 89/2012 Sb., občanský zákoník, souhlas pojistiteli, 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, pořízení výpisů nebo opisů ze 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 svého zaměstnavatele.

Pojištěný zprošťuje 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 pojistiteli mlčenlivosti ve stejném rozsahu, v jakém je pojistitel 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 nesděluje.

G. 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 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 pojistitel 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 pojistitele 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 pojistitel na základě **oprávněného zájmu** pro účely zajištění řádného nastavení a plnění smluvních vztahů s pojistníkem a souvisejících vztahů s pojištěným, správy a ukončení pojistné smlouvy, likvidace pojistné události, zajištění a soupojištění, ochrany právních nároků pojistitele 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 pojistitel také na základě a pro účely **plnění zákonných povinností**, které se na pojistitele vztahují.

Podpisem tohoto formuláře, resp. jeho odesláním 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 náleží. Podpisem tohoto formuláře rovněž potvrzujete, že všechny údaje v tomto formuláři jste uvedl(a) úplně a pravdivě a že jejich případnou změnu oznámíte pojistiteli bez zbytečného odkladu. Dále potvrzujete, že jste si vědom(a) právních důsledků, které mohou mít neúplné nebo nepravdivé odpovědi na povinnost pojistitele poskytnout pojistné plnění. Jste-li zákonným zástupcem nezletilého, který má nárok na pojistné plnění, prohlašujete, že jste plně svéprávný(á) 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	Podpis osoby uvedené v části C.	Podpis zákonného zástupce, není-li osoba uvedená v části C. plně svéprávná	Jméno, příjmení/název zástupce pojistitele (získatele) a jeho podpis
Získatelské číslo/Identifikace partnera (HR)	Osobní číslo spolupracovníka získatele /Identifikace poradce	Telefon	E-mail	Zástupce pojistitele (získatel) ověřil iden- tifikační údaje a shodu podoby oprávněné osoby dle předloženého průkazu totožnosti.

H. ZPRÁVA LÉKAŘE

Informace pro lékaře

Odměnu za vyplnění této zprávy Vám uhradí oprávněná osoba uvedená v části C formuláře. 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.

Lékař potvrzuje, že pojištěný			
Rodné číslo ¹⁾	Příjmení	Jméno	Titul
zemřel dne			
	v	hodin	Místo úmrtí
Příčina úmrtí	<input type="checkbox"/> úraz	<input type="checkbox"/> nemoc	Kód diagnóz podle MKN-10
Diagnózy (česky)			
Kdy byla lékařem poprvé diagnostikována nemoc, která byla příčinou smrti			
Další nemoci, které mají souvislost s úmrtím, vč. data určení jejich diagnóz lékařem			
Zdravotnické zařízení, ve kterém se pojištěný před smrtí léčil (název, adresa, klinika, oddělení, jména ošetřujících lékařů)			
Došlo k úmrtí následkem požití alkoholu nebo aplikace omamných či toxických látek, nebo přípravků tyto látky obsahujících? <input type="checkbox"/> Ano <input type="checkbox"/> Ne			
Pokud ano, uveďte o jaký druh omamné či toxické látky pravděpodobně šlo			
V krvi bylo zjištěno <input type="checkbox"/> promile alkoholu			
Další údaje (vyplňte pouze, nastala-li smrt v důsledku úrazu)			
Datum	Čas	Místo úrazu	
	hodin		
Uveďte okolnosti, za kterých k úrazu došlo (úrazový děj)			
Datum prvního lékařského ošetření			
Nastalo úmrtí pojištěného v důsledku úmyslného sebepoškození - sebevraždy? <input type="checkbox"/> Ano <input type="checkbox"/> Ne			
Jiná sdělení lékaře			
Název poskytovatele zdravotních služeb nebo jméno lékaře			
Ulice (místo), číslo popisné/orientační		Obec - dodací pošta	PSČ

¹⁾ U cizinců se zapisuje datum narození ve tvaru RRRMDD/9999.

Datum

20

Razítko a podpis lékaře