



0000000000Z6039



0 0 2

Oznámení pojistné události - invalidita nebo snížená soběstačnost

Na tomto formuláři lze uplatnit právo na pojistné plnění z pojištění invalidity nebo snížené soběstačnosti / dlouhodobé péče ve stupni závislosti II a vyšším (včetně varianty s výplatou doživotní renty) sjednaného v rámci životního pojištění FLEXI, z bonusového pojištění sjednaného v rámci životního pojištění PERSPEKTIVA, z pojištění pro případ péče o zdravotně postižené dítě / invalidity dítěte, z pojištění invalidity (s jednorázovým pojistným plněním i pojistným plněním ve formě důchodu) a zproštění od placení pojistného. Na tomto formuláři lze rovněž oznámit každou změnu týkající se invalidity (např. ukončení invalidity, změnu stupně invalidity nebo závislosti na pomoci jiné osoby). **Vyplňte část B. až E.** – bez jejich úplného vyplnění včetně podpisů na konci formuláře nelze poskytnout pojistné plnění.

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

¹⁾ U cizinců se zapíše datum narození ve tvaru RR/MM/DD/9999.
²⁾ Není-li vyplněno, platí stát ČR/státní občanství ČR/daňový rezident ČR.
³⁾ 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.
⁴⁾ Platnou variantu označte křížkem (platí i v ostatních případech s možností více variant).
⁵⁾ Je-li označeno křížkem považuje se osoba za politicky exponovanou (PEP) ve smyslu zákona č. 253/2008 Sb. a je třeba identifikovat osobu, která uplatňuje právo na pojistné plnění.

Rodné číslo ¹⁾	Příjmení	Jméno	Titul
Kontaktní adresa	Ulice (místo), číslo popisné/orientační		
Obec - dodací pošta	PSČ	Jiný stát než ČR? Jaký, ZIP kód?	<input type="checkbox"/> Ano ²⁾
E-mail ³⁾	Mobilní telefon	Telefon	
Průkaz totožnosti (druh, číslo, vydávající orgán, stát)			Platnost průkazu totožnosti do
Jině státní občanství než ČR? <input type="checkbox"/> Ano ²⁾ Jaké?	Jiné místo, stát narození než ČR? <input type="checkbox"/> Ano ²⁾ Jaké?	Jiné místo, stát trvalého pobytu než ČR? <input type="checkbox"/> Ano ²⁾ Jaké?	
Pohlaví ⁴⁾ <input type="checkbox"/> Muž <input type="checkbox"/> Žena	Jste politicky exponovaná osoba (PEP)? <input type="checkbox"/> Ano ²⁾ 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 ²⁾	

C. OSOBA, KTERÁ UPLATŇUJE PRÁVO NA POJISTNÉ PLNĚNÍ

Tato osoba vždy vyplní i 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 právníkem, vyplní v části C. identifikační údaje osoby, která za právníckou osobu jedná, doloží oprávnění k jednání za právníckou osobu a doloží identifikační údaje právnícké 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 zmocnítele k zastupování ve věci vyřízení pojistné události)	<input type="checkbox"/> jiná osoba (doloží kopii dokumentu, který zakládá její nárok na pojistné plnění)		
Rodné číslo ¹⁾	Příjmení	Jméno	Titul
Kontaktní adresa	Ulice (místo), číslo popisné/orientační		
Obec - dodací pošta	PSČ	Jiný stát než ČR? Jaký, ZIP kód?	<input type="checkbox"/> Ano ²⁾
E-mail ³⁾	Mobilní telefon	Telefon	
Průkaz totožnosti (druh, číslo, vydávající orgán, stát)			Platnost průkazu totožnosti do
Jině státní občanství než ČR? <input type="checkbox"/> Ano ²⁾ Jaké?	Jiné místo, stát narození než ČR? <input type="checkbox"/> Ano ²⁾ Jaké?	Jiné místo, stát trvalého pobytu než ČR? <input type="checkbox"/> Ano ²⁾ Jaké?	
Pohlaví ⁴⁾ <input type="checkbox"/> Muž <input type="checkbox"/> Žena	Jste politicky exponovaná osoba (PEP)? <input type="checkbox"/> Ano ²⁾ 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 ²⁾	

D. ÚDAJE O POJIŠTĚNÍ A POJISTNÉ UDÁLOSTI

Co je třeba doložit při uplatnění práva na pojistné plnění, je uvedeno na konci formuláře za podpisy.

⁵⁾ Pokud ano, doložte kopii Posudku o invaliditě příslušného stupně nebo kopii záznamu z jednání o posouzení zdravotního stavu.

Číslo pojistné smlouvy	Číslo pojistné smlouvy	Číslo pojistné smlouvy	Číslo pojistné smlouvy
Invalidita <input type="checkbox"/> 1. stupně <input type="checkbox"/> 2. stupně <input type="checkbox"/> 3. stupně	ode dne	<input type="checkbox"/> péče o zdravotně postižené dítě/invalidita dítěte	ode dne
<input type="checkbox"/> snížená soběstačnost/dlouhodobá péče z důvodu stupně závislosti II a vyššího (příznání příspěvku na péči)	ode dne	<input type="checkbox"/> zproštění od placení pojistného z důvodu invalidity vzniklé	ode dne
Příčina pojistné události <input type="checkbox"/> nemoc <input type="checkbox"/> úraz	Jméno a adresa praktického lékaře pojištěného		
Byla Vám již dříve přiznána invalidita? ⁵⁾ <input type="checkbox"/> Ano <input type="checkbox"/> Ne	Pokud ano, uveďte nejvyšší přiznaný stupeň <input type="checkbox"/> 3. stupeň (plná invalidita) <input type="checkbox"/> 2. stupeň <input type="checkbox"/> 1. stupeň <input type="checkbox"/> částečná invalidita		
Dříve přiznaná invalidita trvala	od	do	
Změny <input type="checkbox"/> ukončení invalidity <input type="checkbox"/> změna stupně invalidity <input type="checkbox"/> změna stupně závislosti			

E. ZPŮSOB VÝPLATY PLNĚNÍ

Pojistné plnění poukážete na (uveďte pouze jednu z možností)

<input type="checkbox"/> Číslo účtu	<input type="checkbox"/> Kód banky	<input type="checkbox"/> Specifický symbol
<input type="checkbox"/> Adresu uvedenou v části B, pokud právo na pojistné plnění uplatňuje pojištěný	<input type="checkbox"/> Adresu uvedenou v části C, pokud právo na pojistné plnění uplatňuje osoba uvedená v části C.	<input type="checkbox"/> Jinou adresu
<input type="checkbox"/> Jako mimořádné pojistné na pojistnou smlouvu č.	<input type="checkbox"/> Specifický symbol ¹⁾	
Název fondu		
<input type="checkbox"/> Jako běžné pojistné na pojistnou smlouvu č.		

¹⁾ 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 pojištěteli, 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, porízení 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 zprůštuje 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 pojištěteli mlčenlivosti ve stejném rozsahu, v jakém je pojištětel 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 pojištětel 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 pojištětele 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 pojištětel na základě **oprávněného zájmu** pro účely zajištění řádného nastavení a plnění smluvních vztahů s pojištěním a souvisejících vztahů s pojištěným, správy a ukončení pojistné smlouvy, likvidace pojistné události, zajištění a soupojištění, ochrany právních nároků pojištětele 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 pojištětel také na základě a pro účely **plnění zákonných povinností**, které se na pojištětele vztahují.

Podpísem 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. Podpísem tohoto formuláře rovněž potvrzujete, že všechny údaje v tomto formuláři jste uvedl(a) úplně a pravdivě a že jejich případnou změnu oznámíte pojištěteli bez zbytečného odkladu. Dále potvrzujete, že jste si vědom(a) právních důsledků, které mohou mít neúplné nebo nepravdivé odpovědi na povinnost pojištětele 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 pojištěného	Podpis zákonného zástupce nezletilého pojištěného dítěte	Podpis opatrovníka, zmocněnce nebo jiné osoby uvedené v části C.
Získatelské číslo/Identifikace partnera (HR)	Osobní číslo spolupracovníka získatele /Identifikace poradce	Telefon	E-mail

Zástupce pojištětele (získatel) ověřil identifikační údaje a shodu podoby osoby, která uplatňuje právo na pojistné plnění, dle předloženého průkazu totožnosti.

Jméno, příjmení/název zástupce pojištětele (získatele) a jeho podpis

Co je třeba doložit k pojistné události

a) invalidita a zproštění od placení pojistného

- ▶ rozhodnutí příslušného orgánu státní správy - sociálního zabezpečení o invaliditě pojištěného (dokument „Posudek o invaliditě“), v němž je uveden stupeň invalidity, datum příští kontrolní lékařské prohlídky (KLP) nebo doba platnosti posudku,
- ▶ rozhodnutí o přiznání invalidního důchodu podle zákona č. 155/1995 Sb., o důchodovém pojištění, ve znění pozdějších předpisů, vznikl-li pojištěnému na tento důchod nárok,
- ▶ odborné lékařské zprávy nebo posudek o zdravotním stavu pojištěného, na jejichž základě byla rozhodnutí orgánů sociálního zabezpečení vydána,
- ▶ příčinu invalidity (hlavní diagnózu), stal-li se pojištěný invalidním v době, po kterou pojistitel neposkytuje pojistné plnění; z dokladu musí být zřejmé, od kterého dne je pojištěný invalidním.

b) péče o zdravotně postižené dítě / invalidita dítěte

- ▶ doklad o zdravotním postižení dítěte, kterým se rozumí posudek příslušného orgánu státní správy o stanovení stupně závislosti II (středně těžká závislost), stupně závislosti III (těžká závislost) nebo stupně závislosti IV (úplná závislost) pojištěného dítěte nebo rozhodnutí o přiznání sociální dávky „příspěvek na péči“ podle zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů,
- ▶ posudek příslušného orgánu sociálního zabezpečení,
- ▶ odborné lékařské zprávy, na jejichž základě byla tato rozhodnutí vydána,
- ▶ příčinu zdravotního postižení dítěte (hlavní diagnózu), vzniklo-li zdravotní postižení dítěte v době do 6 měsíců od počátku nebo změny pojištění.

c) snížená soběstačnost / dlouhodobá péče z důvodu přiznání stupně závislosti II a vyššího (přiznání příspěvku na péči)

- ▶ rozhodnutí příslušného orgánu státní správy o přiznání příspěvku na dlouhodobou péči ve stupni závislosti II a vyšším,
- ▶ posudek příslušného orgánu sociálního zabezpečení o uznání osobou závislou na pomoci jiné fyzické osoby ve stupni závislosti II a vyšším.

Byla-li **příčinou pojistné události nemoc**, doložte zdravotnickou dokumentaci týkající se příznaků, vyšetření a nálezů, na jejichž základě byla stanovena diagnóza a zdravotnickou dokumentaci týkající se předchozích příznaků, které byly v příčinné souvislosti s tímto onemocněním.

Byl-li **příčinou pojistné události úraz**, doložte zdravotnickou dokumentaci týkající se předchozích úrazů či onemocnění, která jsou v souvislosti s předmětným úrazem nebo která se týkají orgánů nebo částí těla úrazem postižených. V případě úrazu při dopravní nehodě doložte kopii protokolu Policie ČR nebo jiného pověřeného státního orgánu o výsledku vyšetřování nehody.