



Oznámení pojistné události - trvalé následky nemoci

Na tomto formuláři lze uplatnit právo na pojistné plnění za trvalé následky nemoci. **Vyplňte části B. až F.** – bez jejich úplného vyplnění včetně podpisu nelze poskytnout pojistné plnění – v části D. uveďte čísla všech smluv, jimiž jste u pojistitele pojištěn(a) pro případ pojistné události, za kterou uplatňujete nárok, a **předejte k vyplnění části I. svému lékaři. Náklady spojené s vyplněním zprávy lékaře pojistitel nehradí.** Doložte kopie všech lékařských zpráv souvisejících s onemocněním, na jehož základě nastaly trvalé následky nemoci. Doložte kopie nálezů potvrzujících diagnózu příslušným odborným zdravotnickým pracovištěm a kopie propouštěcích zpráv.

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
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.

<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 zmocnitelky 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

Číslo pojistné smlouvy	Číslo pojistné smlouvy	Číslo pojistné smlouvy	Číslo pojistné smlouvy
Datum vzniku pojistné události (datum, kdy byly poprvé odborným lékařem potvrzeny trvalé následky nemoci, datum provedení operace, zahájení léčby, vystavení lékařského posudku potvrzujícího zdravotní důvody ztráty schopnosti řídit automobil nebo provedení čtvrté asistované reprodukce IVF)			
Uveďte jméno a adresu lékaře, u kterého je uložena zdravotnická dokumentace.			

E. ZPŮSOB VÝPLATY PLNĚNÍ

Pojistné plnění poukážete na (uveďte pouze jednu z možností)			
<input type="checkbox"/> Číslo účtu	Kód banky	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.		Specifický symbol ⁵⁾	
Název fondu			
<input type="checkbox"/> Jako běžné pojistné na pojistnou smlouvu č.			

F. PŘILOŽENÉ DOKUMENTY

<input type="checkbox"/> Lékařská zpráva	<input type="checkbox"/> Propouštěcí zpráva
<input type="checkbox"/> Jiné:	

⁵⁾ Viz informace pro klienta, též na www.koop.cz.

G. 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 zproštuje 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.

H. 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 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			
	2 0		
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 pojistitele (získatel) ověřil identifikační údaje a shodu podoby osoby, která uplatňuje právo na pojistné plnění, dle předloženého průkazu totožnosti.			
			Jméno, příjmení/název zástupce pojistitele (získatele) a jeho podpis

I. ZPRÁVA LÉKAŘE

Informace pro lékaře

Odměnu za vyplnění této zprávy Vám uhradí pojištěný (oprávněná osoba).

VŽDY JE NUTNÉ UVÉST ODPOVĚDI NA VŠECHNY DOTAZY TÝKAJÍCÍ SE TRVALÝCH NÁSLEDKŮ NEMOCI.

Prosíme o čitelné vyplnění všech údajů. Nestačí-li pro požadované údaje místo v předtištěných kolonkách, uveďte je na samostatném listu, který přiložte k tomuto formuláři.

¹⁾ U cizinců se zapíše datum narození ve tvaru RRMMDD/9999.

²⁾ Platnou variantu označte křížkem.

POJIŠTĚNÝ

Rodné číslo ¹⁾	Příjmení	Jméno	Titul
---------------------------	----------	-------	-------

Kdy byly poprvé odborným lékařem potvrzeny trvalé následky nemoci?

Uveďte název a adresu poskytovatele zdravotních služeb a jméno lékaře, který trvalé následky nemoci potvrdil.
.....

PŘÍČINA POJIŠTNÉ UDÁLOSTI

Přiložte kopie lékařských zpráv ze speciálních vyšetření (např. CT, histologie, MRI, operační protokol, audiogram).

Název onemocnění, které vedlo k trvalým následkům nemoci	Kód diagnózy podle MKN-10
--	---------------------------

Kdy bylo onemocnění, v důsledku kterého došlo k trvalým následkům, u pojištěného poprvé diagnostikováno? Uveďte datum, název a adresu poskytovatele zdravotních služeb a jméno lékaře.
.....

Kdy došlo k prvnímu lékařskému ošetření pojištěného? Uveďte datum, název a adresu poskytovatele zdravotních služeb a jméno lékaře.
.....

Uveďte, kdy se objevily první obtíže evidované ve zdravotnické dokumentaci pojištěného (měsíc, rok), které byly v příčinné souvislosti s onemocněním, a o jaké příznaky se jednalo (popište chronologicky).
.....

Datum indikace k případnému operačnímu řešení	Datum operace
---	---------------

Vzniklo onemocnění jako následek opakovaného nadměrného požívání alkoholu, zneužívání léků, aplikace návykových látek nebo přípravků, které návykové látky obsahují? Ano Ne

ZANECHALO ONEMOCNĚNÍ NĚKTERÉ Z NÍŽE UVEDENÝCH TRVALÝCH NÁSLEDKŮ NEMOCI?²⁾

Livedte rozsah/stupeň/popis:

Následky selhávání orgánů:

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> trvalá kolostomie | |
| <input type="checkbox"/> trvalá ileostomie | |
| <input type="checkbox"/> trvalá tracheostomie | |
| <input type="checkbox"/> parenterální výživa | |
| <input type="checkbox"/> trvalé podávání kyslíku | |
| <input type="checkbox"/> konečné stadium onemocnění ledvin, plic, jater, srdce, střivky | |

Ochrnutí:

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> ochrnutí jedné končetiny | |
| <input type="checkbox"/> ochrnutí dvou končetin | |
| <input type="checkbox"/> ochrnutí tří nebo čtyř končetin | |
| <input type="checkbox"/> obrna lícního nervu | |

Ostatní:

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> ztráta sluchu | |
| <input type="checkbox"/> ztráta zraku | |
| <input type="checkbox"/> ztráta řeči | |
| <input type="checkbox"/> amputace končetin | |
| <input type="checkbox"/> ztráta schopnosti řídit automobil | |
| <input type="checkbox"/> čtvrtá asistovaná reprodukce IVF (po třech neúspěšných pokusech) | |

Název poskytovatele zdravotních služeb nebo jméno lékaře

Ulice (místo), číslo popisné/orientační	Obec - dodací pošta	PSČ
---	---------------------	-----

Datum

Razítko a podpis lékaře