



Oznámení pojistné události - vážné onemocnění

Na tomto formuláři lze uplatnit právo na pojistné plnění z pojištění vážných onemocnění (vážné nemoci a úrazy, připojištění na novotvary in situ). **Vyplňte část B. až F.** – bez jejich úplného vyplnění včetně podpisu nelze poskytnout pojistné plnění – a **předějte k vyplnění části I. svému ošetřujícímu lékaři** z oboru medicíny, který je příslušný k podání zprávy podle charakteru vážného onemocnění – např. interna, onkologie. **Náklady spojené s vyplněním zprávy lékaře pojistitel nehradí.**

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
Jiné 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 ⁵⁾ 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 ⁵⁾

C. OSOBA, KTERÁ UPLATŇUJE PRÁVO NA POJISTNÉ PLNĚNÍ

Tato osoba vždy vyplní 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 právníkou, vyplní v části C. identifikační údaje osoby, která za právníkou osobu jedná, doloží oprávnění k jednání za právníkou osobu a doloží identifikační údaje právníké 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 zmocnitel 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
Jiné 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 ⁵⁾ 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 ⁵⁾

D. ÚDAJE O POJIŠTĚNÍ A POJISTNÉ UDÁLOSTI

⁶⁾ Právo na pojistné plnění můžete uplatnit pouze za takové vážné onemocnění, které je zahrnuto ve variantě pojištění, kterou máte sjednanou v pojistné smlouvě. Uplatňujete-li právo na pojistné plnění za vážné onemocnění, při kterém jste podstoupil(a) operativní léčbu nebo jste byl(a) hospitalizován(a), přiložte propouštěcí zprávu z nemocnice, případně operační protokol, máte-li je k dispozici.
Doložte další lékařské zprávy popisující vznik a průběh léčby onemocnění, zprávy s nálezy odborných vyšetření (např. EKG, ECHO, koronarografie, biochemické vyšetření, histologie, neurologické vyšetření, CT, magnetická rezonance), případně kopii rodného listu, podle toho, jaké doklady je podle pojistných podmínek třeba přiložit k příslušnému vážnému onemocnění.

Číslo pojistné smlouvy	Číslo pojistné smlouvy	Číslo pojistné smlouvy	Číslo pojistné smlouvy
Z pojištění vážných onemocnění uplatňují právo na pojistné plnění za: ⁶⁾			
<input type="checkbox"/> akutní koronární syndrom	<input type="checkbox"/> amputaci končetiny	<input type="checkbox"/> aplastickou anémii	<input type="checkbox"/> cévní mozkovou příhodu
<input type="checkbox"/> amyotroftickou laterální sklerózu	<input type="checkbox"/> lymeskou nemoc (borreliózu) - pozdní stadium	<input type="checkbox"/> mozkovou obrnu (poliomyelitidu)	<input type="checkbox"/> narození vícčetat
<input type="checkbox"/> celiakii	<input type="checkbox"/> chronickou glomerulonefritidu	<input type="checkbox"/> infarkt myokardu	<input type="checkbox"/> kardiochirurgickou operaci na podkladě vrozené srdeční vady
<input type="checkbox"/> Creutzfeldtovu-Jakobovu nemoc	<input type="checkbox"/> Hodgkinův lymfom a Non Hodgkinův lymfom	<input type="checkbox"/> klinicky potvrzenou slepotu	<input type="checkbox"/> kóma
<input type="checkbox"/> demenci včetně Alzheimerovy choroby	<input type="checkbox"/> Huntingtonovu nemoc	<input type="checkbox"/> klinicky potvrzenou slepotu	<input type="checkbox"/> lymeskou nemoc (borreliózu) - pozdní stadium
<input type="checkbox"/> difúzní formu systémové sklerodermie	<input type="checkbox"/> chronickou glomerulonefritidu	<input type="checkbox"/> kóma	<input type="checkbox"/> mozkovou obrnu (poliomyelitidu)
<input type="checkbox"/> encefalitidu (meningoencefalitidu)	<input type="checkbox"/> infarkt myokardu	<input type="checkbox"/> lymeskou nemoc (borreliózu) - pozdní stadium	<input type="checkbox"/> narození vícčetat
<input type="checkbox"/> fulminantní meningokokové onemocnění	<input type="checkbox"/> kardiochirurgickou operaci na podkladě vrozené srdeční vady	<input type="checkbox"/> mozkovou obrnu (poliomyelitidu)	<input type="checkbox"/> onemocnění plic způsobující dechovou nedostatečnost
<input type="checkbox"/> HIV	<input type="checkbox"/> klinicky potvrzenou slepotu	<input type="checkbox"/> onemocnění plic způsobující dechovou nedostatečnost	<input type="checkbox"/> operaci plicní tepny
<input type="checkbox"/> chronické onemocnění plic způsobující dechovou nedostatečnost	<input type="checkbox"/> kóma	<input type="checkbox"/> operaci plicní tepny	<input type="checkbox"/> operaci srdeční chlopně
<input type="checkbox"/> idiopatickou plicní fibrózu	<input type="checkbox"/> lymeskou nemoc (borreliózu) - pozdní stadium	<input type="checkbox"/> operaci srdeční chlopně	<input type="checkbox"/> Parkinsonovu chorobu
<input type="checkbox"/> juvenilní idiopatickou artritidu	<input type="checkbox"/> mozkovou obrnu (poliomyelitidu)	<input type="checkbox"/> Parkinsonovu chorobu	<input type="checkbox"/> primární kardiomyopatii
<input type="checkbox"/> klinicky potvrzenou hluchotu	<input type="checkbox"/> narození vícčetat	<input type="checkbox"/> primární kardiomyopatii	<input type="checkbox"/> příčnou míšňí lézi (ochrnutí)
<input type="checkbox"/> klíšťovou meningoencefalitidu (KE)	<input type="checkbox"/> onemocnění plic způsobující dechovou nedostatečnost	<input type="checkbox"/> příčnou míšňí lézi (ochrnutí)	<input type="checkbox"/> rakovinu vykazující rané maligní změny nebo novotvar in situ
<input type="checkbox"/> leukemii	<input type="checkbox"/> operaci plicní tepny	<input type="checkbox"/> rakovinu vykazující rané maligní změny nebo novotvar in situ	<input type="checkbox"/> roztroušenou sklerózu
<input type="checkbox"/> meningitidu (meningoencefalitidu)	<input type="checkbox"/> operaci srdeční chlopně	<input type="checkbox"/> roztroušenou sklerózu	<input type="checkbox"/> selhání jater
<input type="checkbox"/> náhradu srdeční chlopně umělou chlopní	<input type="checkbox"/> Parkinsonovu chorobu	<input type="checkbox"/> selhání jater	<input type="checkbox"/> stavy vedoucí k syndromu krátkého střeva s nutností totální parenterální umělé výživy
<input type="checkbox"/> nitrolební nádor	<input type="checkbox"/> primární kardiomyopatii	<input type="checkbox"/> stavy vedoucí k syndromu krátkého střeva s nutností totální parenterální umělé výživy	<input type="checkbox"/> tetanus
<input type="checkbox"/> operaci aorty	<input type="checkbox"/> příčnou míšňí lézi (ochrnutí)	<input type="checkbox"/> tetanus	<input type="checkbox"/> těžké popáleniny
<input type="checkbox"/> operaci při komplikacích Crohnovy nemoci (Morbus Crohn)	<input type="checkbox"/> rakovinu vykazující rané maligní změny nebo novotvar in situ	<input type="checkbox"/> těžké popáleniny	<input type="checkbox"/> transplantaci životně důležitého orgánu a zařazení do oficiálního seznamu čekatelů na transplantaci
<input type="checkbox"/> operaci věnčitých (koronárních) tepen	<input type="checkbox"/> roztroušenou sklerózu	<input type="checkbox"/> transplantaci životně důležitého orgánu a zařazení do oficiálního seznamu čekatelů na transplantaci	<input type="checkbox"/> virový zánět jater (hepatitidu)
<input type="checkbox"/> poškození centrálního nervového systému následkem vakcinace	<input type="checkbox"/> selhání jater	<input type="checkbox"/> virový zánět jater (hepatitidu)	<input type="checkbox"/> významné poškození mozku způsobené úrazem
<input type="checkbox"/> primární plicní arteriální hypertenzi	<input type="checkbox"/> stavy vedoucí k syndromu krátkého střeva s nutností totální parenterální umělé výživy	<input type="checkbox"/> významné poškození mozku způsobené úrazem	<input type="checkbox"/> ztrátu řeči
<input type="checkbox"/> rakovinu	<input type="checkbox"/> tetanus	<input type="checkbox"/> ztrátu řeči	
<input type="checkbox"/> revmatickou horečku	<input type="checkbox"/> těžké popáleniny		
<input type="checkbox"/> rupturu aneurysmatu mozkové tepny	<input type="checkbox"/> transplantaci životně důležitého orgánu a zařazení do oficiálního seznamu čekatelů na transplantaci		
<input type="checkbox"/> sníženou soběstačnost	<input type="checkbox"/> virový zánět jater (hepatitidu)		
<input type="checkbox"/> systémový lupus erythematosus	<input type="checkbox"/> významné poškození mozku způsobené úrazem		
<input type="checkbox"/> těžké perzistující astma bronchiale	<input type="checkbox"/> ztrátu řeči		
<input type="checkbox"/> totální selhání ledvin			
<input type="checkbox"/> úmrtí rodičky při porodu			
<input type="checkbox"/> vrozenou vadu narozeného dítěte			
<input type="checkbox"/> získané chronické srdeční selhání			

Nestačí-li pro požadované údaje místo v předtisknutých kolonkách, uveďte je na samostatném listu, který přiložte k tomuto formuláři.

Trpěl(a) jste někdy před vznikem vážného onemocnění zdravotními potížemi?

Ano Ne

Pokud ano, od kdy? Jakými:

Trpěl(a) jste podobnými potížemi jako nyní již v minulosti?

Ano Ne

Pokud ano, kdy a jak jste byl(a) léčen(a):

Kdy došlo k prvním příznakům vážného onemocnění?

Datum

.....

Druh potíží:

Kdy Vám byla poprvé sdělena diagnóza vážného onemocnění?

Datum

.....

Diagnóza:

Uveďte jméno a adresu svého praktického lékaře

Uveďte název a adresy odborných lékařů a odborných zdravotnických zařízení, ve kterých jste byl(a) vyšetřen(a) a léčen(a), dobu léčení od - do a způsob léčby

E. ZPŮSOB VÝPLATY PLNĚNÍ

Pojistné plnění poukažte na (uveďte pouze jednu z možností)

Číslo účtu

.....

Kód banky

.....

Specifický symbol

.....

Adresu uvedenou v části B, pokud právo na pojistné plnění uplatňuje pojištěný

Adresu uvedenou v části C, pokud právo na pojistné plnění uplatňuje osoba uvedená v části C.

Jinou adresu

Jako mimořádné pojistné na pojistnou smlouvu č.

.....

Specifický symbol?)

Název fondu

.....

Jako běžné pojistné na pojistnou smlouvu č.

.....

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

F. PŘILOŽENÉ DOKUMENTY

Lékařská zpráva

Propouštěcí zpráva

Histologický nálezn

Operační protokol

Jiné:

G. 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), žádosti o poskytnutí lékařských zpráv, pořizování 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 správu sociálního zabezpečení.

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 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 nesděljuje.

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 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.

Podpisem tohoto formuláře 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 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.

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 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

I. ZPRÁVA LÉKAŘE

Informace pro lékaře

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

Prostě 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 ☒

Lékař potvrzuje, že ošetřoval pojištěného			
Rodné číslo ¹⁾	Příjmení	Jméno	Titul
a zjistil u něj toto vážné onemocnění:			
Název vážného onemocnění		Kód diagnózy podle MKN-10	
Uveďte bližší popis vážného onemocnění, resp. výkonu, který byl proveden (v případě nádorového onemocnění doložte histologický nález).			
.....			
Kdy byla diagnóza stanovena (příp. verifikována), resp. kdy byl proveden výkon?			Datum
.....			
Ve kterém zdravotnickém zařízení? Uveďte, prosím, celý název, adresu a jméno příslušného odborného lékaře.			
Kdy byly pozorovány nebo zjištěny první příznaky tohoto onemocnění, jiné nemoci či poruchy, které byly v přímé příčinné souvislosti s vážným onemocněním?			Datum
.....			
Ve kterém zdravotnickém zařízení? Uveďte, prosím, celý název, adresu a jméno příslušného odborného lékaře.			
Uveďte chronologický popis příznaků.			
.....			
Vzniklo onemocnění jako následek opakovaného nadměrného požívání alkoholu, zneužívání léků, aplikace návykových látek nebo přípravků, které návykové látky obsahují? ²⁾			
<input type="checkbox"/> Ano <input type="checkbox"/> Ne			
Byl pojištěný informován o uvedeném vážném onemocnění? ²⁾		Pokud ano, kdy a jakým způsobem?	
<input type="checkbox"/> Ano <input type="checkbox"/> Ne			
Současný stav pojištěného a způsob terapie			
.....			
Název poskytovatele zdravotních služeb nebo jméno lékaře			
Ulice (místo), číslo popsatné/orientační		Obec - dodací pošta	PSČ
.....			

Datum
..... 2 0

Razítko a podpis lékaře