



Žádost¹⁾ o pojistné plnění z pojištění osob k pojistné události z pojištění osob

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 zapisuje datum narození ve tvaru RR/MM/DD/9999.
²⁾ Nemá-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 ²⁾	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 ³⁾
E-mail ⁴⁾	Mobilní telefon	Telefon	
Průkaz totožnosti (druh, číslo, vydávající orgán, stát)			Platnost průkazu totožnosti do
Jině státní občanství než ČR? <input type="checkbox"/> Ano ³⁾ Jaké?	Jiné místo, stát narození než ČR? <input type="checkbox"/> Ano ³⁾ Jaké?	Jiné místo, stát trvalého pobytu než ČR? <input type="checkbox"/> Ano ³⁾ Jaké?	
Pohlaví ⁴⁾ <input type="checkbox"/> Muž <input type="checkbox"/> Žena	Jste politicky exponovaná osoba (PEP)? <input type="checkbox"/> Ano ³⁾ 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 ³⁾	

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 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 zmocněnce k zastupování ve věci vyřízení pojistné události)	<input type="checkbox"/> jiná osoba (doloží kopii dokumentu, který zakládá její nárok na pojistné plnění)		
Rodné číslo ²⁾	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 ³⁾
E-mail ⁴⁾	Mobilní telefon	Telefon	
Průkaz totožnosti (druh, číslo, vydávající orgán, stát)			Platnost průkazu totožnosti do
Jině státní občanství než ČR? <input type="checkbox"/> Ano ³⁾ Jaké?	Jiné místo, stát narození než ČR? <input type="checkbox"/> Ano ³⁾ Jaké?	Jiné místo, stát trvalého pobytu než ČR? <input type="checkbox"/> Ano ³⁾ Jaké?	
Pohlaví ⁴⁾ <input type="checkbox"/> Muž <input type="checkbox"/> Žena	Jste politicky exponovaná osoba (PEP)? <input type="checkbox"/> Ano ³⁾ 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 ³⁾	

D. ŽÁDOST O POJISTNÉ PLNĚNÍ

Číslo pojistné smlouvy	Číslo pojistné smlouvy	Číslo pojistné smlouvy	Číslo pojistné smlouvy
<input type="checkbox"/> Dřívější výplata pojistného plnění pro případ dožití z důvodu vzniku	<input type="checkbox"/> nároku na starobní důchod	<input type="checkbox"/> nároku na invalidní důchod	<input type="checkbox"/> invalidity třetího stupně
<input type="checkbox"/> narození dítěte	<input type="checkbox"/> sňatek	<input type="checkbox"/> ostatní	
<input type="checkbox"/> stipendium	dobu výplaty _____ let	frekvence výplaty <input type="checkbox"/> měsíčně <input type="checkbox"/> čtvrtletně <input type="checkbox"/> pololetně <input type="checkbox"/> ročně	
<input type="checkbox"/> úhrada nákladů za stomatologickou péči		<input type="checkbox"/> úhrada nákladů na nákup nebo pronájem prostředků zdravotnické techniky (PZT) předepsaných v důsledku úrazu	
Důvod poskytnutí stomatologické péče nebo předepsání PZT		Název (kód) zdravotní pojišťovny	
Částka vynaložených nákladů v Kč		Datum úhrady nákladů	
<input type="checkbox"/> Cesta k zotavení / Cesta ke zdraví - náklady na zotavení v souvislosti se vznikem		<input type="checkbox"/> invalidity	<input type="checkbox"/> vážných onemocnění <input type="checkbox"/> trvalých následků úrazu <input type="checkbox"/> trvalých následků nemoci
Částka vynaložených nákladů v Kč		Datum úhrady nákladů	
<input type="checkbox"/> bonus za podstoupená preventivní vyšetření	Druh vyšetření	Datum provedení vyšetření	Částka vynaložených nákladů v Kč

E. ŽÁDOST/DOPLNĚNÍ K POJISTNÉ UDÁLOSTI

Číslo pojistné události	Datum vzniku pojistné události
<input type="checkbox"/> žádost o lékařskou prohlídku k trvalým následkům úrazu	Úrazem poškozená část těla nebo orgán
<input type="checkbox"/> změna způsobu výplaty plnění (nové údaje uveďte v části F)	<input type="checkbox"/> identifikace / ověření totožnosti oprávněné osoby (údaje uveďte v části B. a C.)
<input type="checkbox"/> jiná žádost:	

F. ZPŮSOB VÝPLATY PLNĚNÍ

Pojistné plnění poukažte na (uved'te pouze jednu z možností)

<input type="checkbox"/> Číslo účtu	<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"/> Jako běžné pojistné na pojistnou smlouvu č.		<input type="checkbox"/> Specifický symbol ⁹⁾
Název fondu			

⁹⁾ Viz Informace pro klienta, též na www.koop.cz.

G. PŘILOŽENÉ DOKUMENTY

<input type="checkbox"/> Posudek o invaliditě	<input type="checkbox"/> Zdravotnická dokumentace	<input type="checkbox"/> Propouštěcí zpráva	<input type="checkbox"/> Operační protokol	<input type="checkbox"/> Lékařská zpráva	<input type="checkbox"/> Doklad o zdravotním postižení dítěte
<input type="checkbox"/> Originál dokladu o vynaložených nákladech	<input type="checkbox"/> Fotokopie rodného / oddáchoho listu	<input type="checkbox"/> Výpis z matriky	<input type="checkbox"/> Rozhodnutí ČSSZ o starobním důchodu	<input type="checkbox"/> Usnesení policie	
<input type="checkbox"/> Ostatní:					

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 pojišťitel 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 pojišťitel na základě **oprávněného zájmu** pro účely zajištění řádného nastavení a plnění smluvních vztahů s pojištěným 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 pojišťitel 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 pojišťiteli bez zbytečného odkladu. 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	20		
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

Zásady používání formuláře

► Tento formulář slouží k uplatnění práva na pojistné plnění z dále uvedených pojistných událostí a uplatnění dalších požadavků souvisejících s vyřizováním pojistných událostí z pojištění osob.

► Čitelně vyplňte části B. až G. – bez jejich úplného vyplnění včetně podpisů nelze poskytnout pojistné plnění. V části D. uveďte čísla všech pojistných smluv, kterých se požadavek týká. U požadavku týkajícího se již evidované pojistné události uveďte její číslo v části E.

► Ověření totožnosti se provede v souladu se zákonem č. 253/2008 Sb., o některých opatřeních proti legalizaci výnosů z trestné činnosti a financování terorismu, ve znění pozdějších předpisů.

► K formuláři přiložte příslušné doklady.

► Na tomto formuláři lze uplatnit právo na pojistné plnění z titulu

a) **dřívější výplaty pojistného plnění pro případ dožití** – doložte:

- › rozhodnutí České správy sociálního zabezpečení o vzniku nároku oprávněné osoby na starobní důchod nebo invalidní důchod pro invaliditu třetího stupně podle zákona o důchodovém pojištění, nebo
- › rozhodnutí příslušného orgánu sociálního zabezpečení o tom, že oprávněná osoba je invalidní ve třetím stupni invalidity podle zákona o důchodovém pojištění (v případě, že oprávněné osobě nevznikl nárok na invalidní důchod podle tohoto zákona); z dokladu musí být zřejmé, od kterého dne byl oprávněné osobě přiznán starobní nebo invalidní důchod, resp. od kdy je invalidní,

b) **narození dítěte** – doložte kopii rodného listu dítěte, příp. výpis z matriky,

c) **sňatku** – doložte kopii oddacího listu, příp. výpis z matriky,

d) **výplaty stipendia** – v části D. uveďte požadovanou dobu výplaty stipendia (volit lze z dob ujednaných v pojistné smlouvě) a frekvenci jeho výplaty (měsíčně, čtvrtletně, pololetně, ročně),

e) **úhrady nákladů za stomatologickou péči, úhrady nákladů na nákup nebo pronájem prostředků zdravotnické techniky předepsaných v důsledku úrazu** – z pojistných smluv Komerčního zdravotního pojištění; doložte originály dokladů o vynaložených nákladech; doklad musí obsahovat jméno a příjmení pojištěného, jeho datum narození, resp. rodné číslo, razítko a podpis ošetřujícího lékaře - stomatologa,

f) **Cesta k zotavení / Cesta ke zdraví - náklady na zotavení, bonus za podstoupená preventivní vyšetření** - doložte originály dokladů o vynaložených nákladech v české měně na jméno pojištěného.

► **Další požadavky související s vyřizováním pojistných událostí z pojištění osob**

- a) žádost o lékařskou prohlídku k trvalým následkům úrazu za účelem stanovení jejich rozsahu - doložte zprávu lékaře, že trvalé následky jsou již ustáleny,
- b) žádost o změnu původně požadovaného způsobu výplaty plnění (poštovní poukázkou, bankovní převod, úhrada pojistného z plnění),
- c) použití formuláře k identifikaci / ověření totožnosti oprávněné osoby (např. nebylo-li úplně vyplněno „Sdělení k výplatě pojistného plnění při uplynutí pojistné doby – tzv. avízo dožití“).

► **Politicky exponovanou osobou (PEP)** se ve smyslu zákona č. 253/2008 Sb. rozumí:

- a) fyzická osoba, která je nebo byla ve významné veřejné funkci s celostátním nebo regionálním významem, jako je zejména hlava státu, předseda vlády, vedoucí ústředního orgánu státní správy a jeho zástupce (náměstek, státní tajemník), člen parlamentu, člen řídicího orgánu politické strany, vedoucí představitel územní samosprávy, soudce nejvyššího soudu, ústavního soudu nebo jiného nejvyššího justičního orgánu, proti jehož rozhodnutí obecně až na výjimky nelze použít opravné prostředky, člen bankovní rady centrální banky, vysoký důstojník ozbrojených sil nebo sboru, člen nebo zástupce člena, je-li jím právnická osoba, statutárního orgánu obchodní korporace ovládané státem, velvyslanec nebo vedoucí diplomatické mise, anebo fyzická osoba, která obdobnou funkci vykonává nebo vykonávala v jiném státě, v orgánu Evropské unie anebo v mezinárodní organizaci,

b) fyzická osoba, která je

- › osobou blízkou k osobě uvedené v písmenu a),
- › společníkem nebo skutečným majitelem stejné právnické osoby, popřípadě svěřenského fondu, jako osoba uvedená v písmenu a) nebo je o ní povinně osobě známo, že je v jakémkoliv jiném blízkém podnikatelském vztahu s osobou uvedenou v písmenu a), nebo
- › skutečným majitelem právnické osoby, popřípadě svěřenského fondu, o kterých je povinně osobě známo, že byly vytvořeny ve prospěch osoby uvedené v písmenu a). Povinnosti a omezení vztahující se k politicky exponovaným osobám se uplatní ještě nejméně po dobu 12 měsíců ode dne, kdy politicky exponovaná osoba přestala vykonávat příslušnou funkci; vždy však do doby, než se na základě hodnocení rizik vyloučí u klienta riziko specifické pro politicky exponované osoby. Po tuto dobu se ve stejném rozsahu uplatní také vůči klientovi, jehož skutečným majitelem je politicky exponovaná osoba, a vůči osobě, o níž je známo, že jedná ve prospěch politicky exponované osoby. Osobou blízkou se rozumí příbuzný v řadě přímé, sourozenec a manžel nebo partner podle zákona upravujícího registrované partnerství; jiné osoby v poměru rodinném nebo obdobném se pokládají za osoby sobě navzájem blízké, pokud by újmu, kterou utrpěla jedna z nich, druhá důvodně pocítovala jako újmu vlastní. Má se za to, že osobami blízkými jsou i osoby sešvagřené nebo osoby, které spolu trvale žijí. Blízkým podnikatelským vztahem se rozumí taková materiální provázanost v rámci podnikatelské činnosti, kdy prospěch nebo újmu jedné osoby by mohla druhá osoba důvodně pocítovat jako prospěch či újmu vlastní.

► **Za PEP jsou považováni představitelé obcí s rozšířenou působností, pouze tzv. obce III. typu.**