



000000000Z6027



0 0 2

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 **předejte 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

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⁾

¹⁾ U cizinců se zapisuje 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.

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 u 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
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⁾

Je-li osoba (zástupce), která uplatňuje právo na pojistné plnění, osobou právníčkou, 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.

D. ÚDAJE O POJIŠTĚNÍ A POJISTNÉ UDÁLOSTI

Číslo pojistné smlouvy	Číslo pojistné smlouvy	Číslo pojistné smlouvy	Číslo pojistné smlouvy
Z pojištění vážných onemocnění uplatňují právo na pojistné plnění za: ⁵⁾			
<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"/> amyotrofickou laterální sklerózu	<input type="checkbox"/> aplastickou anémii	<input type="checkbox"/> diabetes mellitus I. typu	<input type="checkbox"/> diabetem mellitus I. typu
<input type="checkbox"/> celáki	<input type="checkbox"/> cévní mozkovou příhodu	<input type="checkbox"/> embolií plicní tepny vyžadující chirurgickou embolektomii	<input type="checkbox"/> epilepsii typu Grand Mal
<input type="checkbox"/> Creutzfeldtovu-Jakobovu nemoc	<input type="checkbox"/> diabetes mellitus I. typu	<input type="checkbox"/> embolií plicní tepny vyžadující chirurgickou embolektomii	<input type="checkbox"/> epilepsii typu Grand Mal
<input type="checkbox"/> demenci včetně Alzheimerovy choroby	<input type="checkbox"/> embolií plicní tepny vyžadující chirurgickou embolektomii	<input type="checkbox"/> epilepsii typu Grand Mal	<input type="checkbox"/> glaukom
<input type="checkbox"/> difúzní formu systémové sklerodermie	<input type="checkbox"/> epilepsii typu Grand Mal	<input type="checkbox"/> glaukom	<input type="checkbox"/> Hodgkinův lymfom a Non Hodgkinův lymfom
<input type="checkbox"/> encefalitidu (meningoencefalitidu)	<input type="checkbox"/> glaukom	<input type="checkbox"/> Hodgkinův lymfom a Non Hodgkinův lymfom	<input type="checkbox"/> Huntingtonovu nemoc
<input type="checkbox"/> fulminantní meningokokové onemocnění	<input type="checkbox"/> Huntingtonovu nemoc	<input type="checkbox"/> Huntingtonovu nemoc	<input type="checkbox"/> chronickou glomerulonefritidu
<input type="checkbox"/> HIV	<input type="checkbox"/> chronickou glomerulonefritidu	<input type="checkbox"/> chronickou glomerulonefritidu	<input type="checkbox"/> infarkt myokardu
<input type="checkbox"/> chronické onemocnění plic způsobující dechovou nedostatečnost	<input type="checkbox"/> infarkt myokardu	<input type="checkbox"/> infarkt myokardu	<input type="checkbox"/> kardi chirurgickou operaci na podkladě vrozené srdeční vady
<input type="checkbox"/> idiopatickou plicní fibrózu	<input type="checkbox"/> kardi chirurgickou operaci na podkladě vrozené srdeční vady	<input type="checkbox"/> kardi chirurgickou operaci na podkladě vrozené srdeční vady	<input type="checkbox"/> klinicky potvrzenou slepotu
<input type="checkbox"/> juvenilní idiopatickou artritidu	<input type="checkbox"/> klinicky potvrzenou slepotu	<input type="checkbox"/> klinicky potvrzenou slepotu	<input type="checkbox"/> kóma
<input type="checkbox"/> klinicky potvrzenou hluchotu	<input type="checkbox"/> kóma	<input type="checkbox"/> kóma	<input type="checkbox"/> lymeskou nemoc (borreliózu) - pozdní stádium
<input type="checkbox"/> klišťovou meningoencefalitidu (KE)	<input type="checkbox"/> lymeskou nemoc (borreliózu) - pozdní stádium	<input type="checkbox"/> lymeskou nemoc (borreliózu) - pozdní stádium	<input type="checkbox"/> mozkovou obrnu (poliomyelitidu)
<input type="checkbox"/> leukemii	<input type="checkbox"/> mozkovou obrnu (poliomyelitidu)	<input type="checkbox"/> mozkovou obrnu (poliomyelitidu)	<input type="checkbox"/> narození vícčetát
<input type="checkbox"/> meningitidu (meningoencefalitidu)	<input type="checkbox"/> narození vícčetát	<input type="checkbox"/> narození vícčetát	<input type="checkbox"/> onemocnění plic způsobující dechovou nedostatečnost
<input type="checkbox"/> náhradu srdeční chlopně umělou chlopní	<input type="checkbox"/> onemocnění plic způsobující dechovou nedostatečnost	<input type="checkbox"/> onemocnění plic způsobující dechovou nedostatečnost	<input type="checkbox"/> operaci plicní tepny
<input type="checkbox"/> nitrolební nádor	<input type="checkbox"/> operaci plicní tepny	<input type="checkbox"/> operaci plicní tepny	<input type="checkbox"/> operaci srdeční chlopně
<input type="checkbox"/> operaci aorty	<input type="checkbox"/> operaci srdeční chlopně	<input type="checkbox"/> operaci srdeční chlopně	<input type="checkbox"/> Parkinsonovu chorobu
<input type="checkbox"/> operaci při komplikacích Crohnovy nemoci (Morbus Crohn)	<input type="checkbox"/> operaci srdeční chlopně	<input type="checkbox"/> operaci srdeční chlopně	<input type="checkbox"/> primární kardiomyopatii
<input type="checkbox"/> operaci věnčitých (koronárních) tepen	<input type="checkbox"/> Parkinsonovu chorobu	<input type="checkbox"/> Parkinsonovu chorobu	<input type="checkbox"/> přičnou mšňní lézi (ochrnutí)
<input type="checkbox"/> poškození centrálního nervového systému následkem vakcinace	<input type="checkbox"/> primární kardiomyopatii	<input type="checkbox"/> primární kardiomyopatii	<input type="checkbox"/> rakovinu vykazující rané maligní změny nebo novotvar in situ
<input type="checkbox"/> primární plicní arteriální hypertenzi	<input type="checkbox"/> přičnou mšňní lézi (ochrnutí)	<input type="checkbox"/> přičnou mšňní lézi (ochrnutí)	<input type="checkbox"/> roztroušenou sklerózu
<input type="checkbox"/> rakovinu	<input type="checkbox"/> rakovinu vykazující rané maligní změny nebo novotvar in situ	<input type="checkbox"/> rakovinu vykazující rané maligní změny nebo novotvar in situ	<input type="checkbox"/> selhání jater
<input type="checkbox"/> revmatickou horečku	<input type="checkbox"/> roztroušenou sklerózu	<input type="checkbox"/> roztroušenou sklerózu	<input type="checkbox"/> selhání jater
<input type="checkbox"/> rupturu aneurysmatu mozkové tepny	<input type="checkbox"/> selhání jater	<input type="checkbox"/> selhání jater	<input type="checkbox"/> stavy vedoucí k syndromu krátkého střeva s nutností totální parenterální umělé výživy
<input type="checkbox"/> sníženou soběstačnost	<input type="checkbox"/> stavy vedoucí k syndromu krátkého střeva s nutností totální parenterální umělé výživy	<input type="checkbox"/> stavy vedoucí k syndromu krátkého střeva s nutností totální parenterální umělé výživy	<input type="checkbox"/> tetanus
<input type="checkbox"/> systémový lupus erythematosus	<input type="checkbox"/> tetanus	<input type="checkbox"/> tetanus	<input type="checkbox"/> těžké popáleniny
<input type="checkbox"/> těžké perzistující astma bronchiale	<input type="checkbox"/> těžké popáleniny	<input type="checkbox"/> těžké popáleniny	<input type="checkbox"/> transplantaci životně důležitého orgánu a zařazení do oficiálního seznamu čekatelů na transplantaci
<input type="checkbox"/> totální selhání ledvin	<input type="checkbox"/> transplantaci životně důležitého orgánu a zařazení do oficiálního seznamu čekatelů na transplantaci	<input type="checkbox"/> transplantaci životně důležitého orgánu a zařazení do oficiálního seznamu čekatelů na transplantaci	<input type="checkbox"/> úmrtí rodičů při porodu
<input type="checkbox"/> třetí asistovaná reprodukce IVF (po dvou neúspěšných pokusech)	<input type="checkbox"/> úmrtí rodičů při porodu	<input type="checkbox"/> úmrtí rodičů při porodu	<input type="checkbox"/> vrozenou vadu narozeného dítěte
<input type="checkbox"/> virový zánět jater (hepatitidu)	<input type="checkbox"/> vrozenou vadu narozeného dítěte	<input type="checkbox"/> vrozenou vadu narozeného dítěte	<input type="checkbox"/> získané chronické srdeční selhání
<input type="checkbox"/> významné poškození mozku způsobené úrazem	<input type="checkbox"/> získané chronické srdeční selhání	<input type="checkbox"/> získané chronické srdeční selhání	
<input type="checkbox"/> ztrátu řeči			

⁵⁾ 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.

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? V případě narození vícečet nebo narození dítěte s vrozenou vadou uveďte datum vzniku těhotenství.
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 nález

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 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 správu sociálního zabezpečení.

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 nesdělují.

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 pojištěného 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 a souvisejících vztahů s pojištěným, správy a ukončení pojistné smlouvy, likvidace pojistné události, zajištění a soupojištění, ochrany právních nároků pojištěného a prevence a odhalování pojistných podvodů a jiných protiprávních jednání. Proti takovému zpracování máte právo kdykoli podat námitku, 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 pojištěného vztahují.

Podpísem 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. Podpísem 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 pojištěného poskytnout pojistné plnění.

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

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

ZPRÁVA LÉKAŘE

Informace pro lékaře

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

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 ☒.

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
		
V případě narození vícčet nebo narození dítěte s vrozenou vadou uveďte datum vzniku těhotenství.			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⁾ <input type="checkbox"/> Ano <input type="checkbox"/> Ne		Pokud ano, kdy a jakým způsobem?	
Současný stav pojištěného a způsob terapie			
.....			
Název poskytovatele zdravotních služeb nebo jméno lékaře			
.....			
Ulice (místo), číslo popisné/orientační		Obec - dodací pošta	PSČ
		

Datum
..... 20

.....
Razítko a podpis lékaře