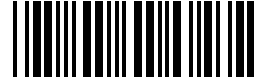




000000000026025



0 0 2

Oznámení pojistné události - úmrtí

Tento formulář se použije pro oznámení smrti včetně smrti z pojištění důchodu pro pozůstalé, pojištění pro případ zproštění/osvobození od placení pojistného a smrti následkem úrazu.

Vyplňte části B. až G. – uplatňuje-li právo na pojistné plnění **více oprávněných osob, vyplní každá z nich tyto části na samostatném formuláři** (bez jejich úplného vyplnění včetně podpisů pod částí I. nelze poskytnout pojistné plnění) – a **část J. předejte k vyplnění ošetřujícímu lékaři pojištěného**. Uplatňuje-li právo na pojistné plnění více osob, vyplnění této části lékařem stačí pouze jednou. **Náklady spojené s vyplněním zprávy lékaře pojistitel nehradí.**

Není-li v pojistné smlouvě, z níž uplatňujete právo na pojistné plnění, určen obmyslený, uveďte v části E. název (jméno) a adresu příslušného notáře (soudu), který vyřizuje pozůstalost.

Ověření totožnosti se provede pouze u osoby uplatňující právo na pojistné plnění, které je vyšší než 1 000 EUR. Totožnost politicky exponované osoby se ověřuje bez ohledu na výši pojistného plnění vždy.

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
Adresa posledního bydliště Ulice (místo), číslo popisné/orientační			
Obec - dodací pošta		PSČ	Jiný stát než ČR? Jaký, ZIP kód? <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.

C. OBMÝŠLENÝ NEBO POJISTNÍK

Tato osoba vždy vyplní údaje o pojištěném v části B.

¹⁾ Není-li obmyslený v pojistné smlouvě určen, vznikne právo na pojistné plnění osobám v pořadí daném zákonem, tj. manžel pojištěného, děti pojištěného, rodiče pojištěného...

²⁾ Uvedením e-mailové adresy osoba uvedená v části C. nebo D., pokud uplatňuje právo na pojistné plnění, souhlasí pro účely vyřizování této pojistné události s komunikací prostřednictvím tohoto e-mailu.

³⁾ Platnou variantu označte křížkem (platí i v ostatních případech s možností více variant).
⁴⁾ 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.

<input type="checkbox"/> OBMÝŠLENÝ (osoba určená v pojistné smlouvě pro případ smrti) ¹⁾		<input type="checkbox"/> POJISTNÍK (má-li právo na pojistné plnění podle příslušných pojistných podmínek v případě úmrtí dítěte)	
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 ²⁾		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 ³⁾ <input type="checkbox"/> Muž <input type="checkbox"/> Žena	Jste politicky exponovaná osoba (PEP)? <input type="checkbox"/> Ano ⁴⁾ 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 ⁴⁾	

D. OSOBA, KTERÁ UPLATŇUJE PRÁVO NA POJISTNÉ PLNĚNÍ

Tato osoba (zástupce) vždy vyplní údaje o pojištěném v části B. a identifikační údaje o obmysleném nebo pojistníkovi v části C.

¹⁾ Je-li osoba (zástupce), která uplatňuje právo na pojistné plnění, osobou právnickou, vyplní se pouze její IČO a název a pro identifikaci osob, které za ni jednají, se použije formulář Vo-118/7670 (Z 7110) „Identifikace a kontrola klienta“, blže na www.koop.cz. Současně jednatel/ osoba doloží oprávnění k jednání za právnickou osobu.

<input type="checkbox"/> zákonný zástupce obmysleného (nezletilého dítěte), který nebyl soudem zbaven své rodičovské odpovědnosti ani omezen v jejím výkonu	<input type="checkbox"/> zmocněnec - doloží plnou moc s úředně ověřeným podpisem zmocnitel (obmysleného) nebo její úředně ověřenou kopii k zastupování ve věci vyřizování pojistné události		
<input type="checkbox"/> jiná osoba - doloží vztah k pojištěnému či obmyslenému a kopii dokumentu, který zakládá její nárok na pojistné plnění	<input type="checkbox"/> svěřenecký fond		
Rodné číslo/IČO ¹⁾	Příjmení/Název firmy	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 ²⁾		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 ³⁾ <input type="checkbox"/> Muž <input type="checkbox"/> Žena	Jste politicky exponovaná osoba (PEP)? <input type="checkbox"/> Ano ⁴⁾ 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 ⁴⁾	

E. ÚDAJE O POJIŠTĚNÍ A POJISTNÉ UDÁLOSTI

Číslo pojistné smlouvy	Číslo pojistné smlouvy	Číslo pojistné smlouvy	Číslo pojistné smlouvy
Datum úmrtí	Příčina úmrtí <input type="checkbox"/> smrt následkem úrazu ⁹⁾ <input type="checkbox"/> smrt z jiné příčiny, jaké: ⁹⁾		
Jméno a adresa praktického lékaře pojištěného			
Název/jméno a adresa soudu/notáře, který vyřizuje pozůstalost			
V případě smrti následkem úrazu uveďte:			
Datum, čas a místo úrazu	Průběh a okolnosti úrazu		
Stal se úraz při dopravní nehodě?	<input type="checkbox"/> Ano <input type="checkbox"/> Ne	Při úrazu osob, dopravovaných motorovým vozidlem, uveďte RZ (SPZ)	
Jména a adresy řidiče a spolujezdců	Vyšetřovala dopravní nehodu policie nebo jiný státní orgán pověřený šetřením nehod? <input type="checkbox"/> Ano <input type="checkbox"/> Ne		

⁹⁾ Doložte kopii úmrtního listu a doklad s uvedením příčiny úmrtí. Bylo-li úmrtí šetřeno policií, doložte kopii protokolu z tohoto šetření nebo usnesení policie.
⁹⁾ Doložte kopii úmrtního listu a kopie zdravotnické dokumentace týkající se příznaků, vyšetření a nálezů, na jejichž základě byla diagnóza stanovena, a kopie zdravotnické dokumentace týkající se předchozích příznaků, které byly v příčinné souvislosti s tímto onemocněním.

F. ZPŮSOB VÝPLATY PLNĚNÍ

Pojistné plnění poukažte na (uveďte pouze jednu z možností)

<input type="checkbox"/> Číslo účtu	Kód banky	Specifický symbol
Adresu uvedenou v části C., pokud právo na pojistné plnění uplatňuje obmyšlený nebo pojistník	Adresu uvedenou v části D., pokud právo na pojistné plnění uplatňuje osoba uvedená v části D.	<input type="checkbox"/> Jinou adresu
<input type="checkbox"/> Jako mimořádné pojistné na pojistnou smlouvu č.		Specifický symbol ¹⁰⁾
Název fondu		
<input type="checkbox"/> Jako běžné pojistné na pojistnou smlouvu č.		

¹⁰⁾ Viz Informace pro klienta, též na www.koop.cz.

G. PŘILOŽENÉ DOKUMENTY

<input type="checkbox"/> Úmrtní list	<input type="checkbox"/> Zdravotnická dokumentace	<input type="checkbox"/> Pitevní protokol	<input type="checkbox"/> List o prohlídce zemřelého	<input type="checkbox"/> Usnesení policie
<input type="checkbox"/> Jiné:				

H. 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 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 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.

I. 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 pojistníkem a souvisejících 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			
	Podpis obmyšleného nebo pojistníka	Podpis zákonného zástupce obmyšleného (nezletilého dítěte)	Podpis zmocněnce nebo jiné osoby uvedené v části D.
Ziskatelské číslo/Identifikace partnera (HR)	Osobní číslo spolupracovníka ziskatele /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

J. ZPRÁVA LÉKAŘE

Informace pro lékaře

Odměnu za vyplnění této zprávy Vám uhradí oprávněná osoba.

VŽDY JE NUTNÉ UVÉST ODPOVĚDI NA VŠECHNY DOTAZY TYKAJÍCÍ SE ONEMOCNĚNÍ NEBO ÚRAZU, KTERÉ BYLY PŘÍČINOU ÚMRTÍ.

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

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

²⁾ Platnou variantu označte křížkem (platí i v ostatních kolonkách s možností více variant).

Lékař potvrzuje, že pojištěný			
Rodné číslo ¹⁾	Příjmení	Jméno	Titul
zemřel dne			
	v	hodin	Místo úmrtí
Příčina úmrtí? <input type="checkbox"/> úraz <input type="checkbox"/> nemoc			Kód diagnóz podle MKN-10
Diagnózy (česky)			
Kdy byla lékařem poprvé diagnostikována nemoc, která byla příčinou smrti			
Další nemoci, které mají souvislost s úmrtím, vč. data určení jejich diagnóz lékařem			
Kdy se objevily první obtíže evidované ve zdravotnické dokumentaci pojištěného (měsíc, rok), které byly v příčinné souvislosti s uvedenými nemocemi a o jaké příznaky se jednalo (popište chronologicky)?			
Zdravotnické zařízení, ve kterém se pojištěný před smrtí léčil (název, adresa, klinika, oddělení, jména ošetřujících lékařů)			
Došlo k úmrtí následkem požití alkoholu nebo aplikace omamných či toxických látek, nebo přípravků tyto látky obsahujících? <input type="checkbox"/> Ano <input type="checkbox"/> Ne			
Pokud ano, uveďte o jaký druh omamné či toxické látky pravděpodobně šlo			
V krvi bylo zjištěno , promile alkoholu			
Další údaje (vyplňte pouze, nastala-li smrt v důsledku úrazu)			
Datum	Čas	Místo úrazu	
	hodin		
Uveďte okolnosti, za kterých k úrazu došlo (úrazový děj)			
Datum prvního lékařského ošetření			
Nastalo úmrtí pojištěného v důsledku úmyslného sebepoškození - sebevraždy? <input type="checkbox"/> Ano <input type="checkbox"/> Ne			
Jiná sdělení lékaře			
Název poskytovatele zdravotních služeb nebo jméno lékaře			
Ulice (místo), číslo popisné/orientační		Obec - dodací pošta	PSČ

Datum

20

Razítko a podpis lékaře