



# Oznámení pojistné události - vážné nemoci s flexibilní výplatou pro produkt FLEXI RISK

Na tomto formuláři lze uplatnit právo na pojistné plnění z pojištění vážných nemocí s flexibilní výplatou pro produkt FLEXI RISK včetně plnění za prevenci. **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 <sup>1)</sup>	Příjmení	Jméno	Titul
<b>Kontaktní adresa</b> Ulice (místo), číslo popisné/orientační			
Obec - dodací pošta	PSČ	Jiný stát než ČR? Jaký, ZIP kód?	<input type="checkbox"/> Ano <sup>2)</sup>
E-mail <sup>3)</sup>	Mobilní telefon	Telefon	
Průkaz totožnosti (druh, číslo, vydávající orgán, stát)			Platnost průkazu totožnosti do
Jiné státní občanství než ČR? <input type="checkbox"/> Ano <sup>2)</sup> Jaké?	Jiné místo, stát narození než ČR? <input type="checkbox"/> Ano <sup>2)</sup> Jaké?	Jiné místo, stát trvalého pobytu než ČR? <input type="checkbox"/> Ano <sup>2)</sup> Jaké?	
Pohlaví <sup>4)</sup> <input type="checkbox"/> Muž <input type="checkbox"/> Žena	Jste politicky exponovaná osoba (PEP)? <input type="checkbox"/> Ano <sup>2)</sup> Pokud není označeno křížkem ☒, platí, že nejste PEP.	Jste daňovým rezidentem (i jiného státu než ČR? Kterého? DÍC: <input type="checkbox"/> Ano <sup>2)</sup>	

<sup>1)</sup> U cizinců se zapíše datum narození ve tvaru RR/MM/DD/9999.  
<sup>2)</sup> Není-li vyplněno, platí stát ČR/státní občanství ČR/daňový rezident ČR.  
<sup>3)</sup> Uvedením e-mailové adresy osoba uplatňuje právo na pojistné plnění, souhlasí pro účely vyřizování této pojistné události s komunikací prostřednictvím tohoto e-mailu.  
<sup>4)</sup> Platnou variantu označte křížkem (platí i v ostatních případech s možností více variant).  
<sup>5)</sup> 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 o ustanovení opatrovníkem)		
<input type="checkbox"/> zmocněnec (doloží plnou moc nebo její kopii s úředně ověřeným podpisem zmocnitele k zastupování ve věci vyřízení pojistné události)	<input type="checkbox"/> jiná osoba (doloží kopii dokumentu, který zakládá její nárok na pojistné plnění)		
Rodné číslo <sup>1)</sup>	Příjmení	Jméno	Titul
<b>Kontaktní adresa</b> Ulice (místo), číslo popisné/orientační			
Obec - dodací pošta	PSČ	Jiný stát než ČR? Jaký, ZIP kód?	<input type="checkbox"/> Ano <sup>2)</sup>
E-mail <sup>3)</sup>	Mobilní telefon	Telefon	
Průkaz totožnosti (druh, číslo, vydávající orgán, stát)			Platnost průkazu totožnosti do
Jiné státní občanství než ČR? <input type="checkbox"/> Ano <sup>2)</sup> Jaké?	Jiné místo, stát narození než ČR? <input type="checkbox"/> Ano <sup>2)</sup> Jaké?	Jiné místo, stát trvalého pobytu než ČR? <input type="checkbox"/> Ano <sup>2)</sup> Jaké?	
Pohlaví <sup>4)</sup> <input type="checkbox"/> Muž <input type="checkbox"/> Žena	Jste politicky exponovaná osoba (PEP)? <input type="checkbox"/> Ano <sup>2)</sup> Pokud není označeno křížkem ☒, platí, že nejste PEP.	Jste daňovým rezidentem (i jiného státu než ČR? Kterého? DÍC: <input type="checkbox"/> Ano <sup>2)</sup>	

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

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

Číslo pojistné smlouvy	Číslo pojistné smlouvy	Číslo pojistné smlouvy	Číslo pojistné smlouvy
Z pojištění vážných nemocí uplatňují právo na pojistné plnění za: <sup>6)</sup>			
<input type="checkbox"/> cévní mozkovou příhodu	<input type="checkbox"/> infarkt myokardu	<input type="checkbox"/> novotvar in situ	
<input type="checkbox"/> náhradu jedné nebo více srdečních chlopní umělou chlopní	<input type="checkbox"/> operaci věnčitých (koronárních) tepen z důvodu ischemické choroby srdeční		
<input type="checkbox"/> operaci aorty	<input type="checkbox"/> prevenci související s některou z uvedených nemocí nebo zákroků <sup>7)</sup>		
<input type="checkbox"/> rakovinu (nádorové onemocnění)			
Trpěl(a) jste někdy před vznikem vážného onemocnění zdravotními potížemi? <input type="checkbox"/> Ano <input type="checkbox"/> Ne	Pokud ano, od kdy? Jakými:		
Trpěl(a) jste podobnými potížemi jako nyní již v minulosti? <input type="checkbox"/> Ano <input type="checkbox"/> 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			

<sup>6)</sup> 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 léčení nebo jste byl(a) hospitalizován(a), přiložíte propouštěcí zprávu z nemocnice, případně operační protokol, máte-li je k dispozici.  
Doložte další lékařské zprávy popisující vznik a průběh léčení onemocnění, zprávy s nálezy odborných vyšetření (např. EKG, ECHO, koronarografie, biochemické vyšetření, histologie, neurologické vyšetření, CT, magnetická rezonance).  
<sup>7)</sup> Právo na plnění můžete uplatnit při dožití se prvních a každých následujících 5 let od počátku pojištění; doložte potvrzení, že jste v těchto 5 letech absolvoval prohlídku související s jednou z uvedených diagnóz nebo zákroků.

## E. ZPŮSOB VÝPLATY PLNĚNÍ

Pojistné plnění poukažte na (uveďte pouze jednu z možností)

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

<sup>9)</sup> Viz Informace pro klienta, též na [www.koop.cz](http://www.koop.cz).

## F. PŘILOŽENÉ DOKUMENTY

<input type="checkbox"/> Lékařská zpráva	<input type="checkbox"/> Propouštěcí zpráva	<input type="checkbox"/> Histologický nálezn	<input type="checkbox"/> Operační protokol
<input type="checkbox"/> 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), 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 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 nesdělčuje.

## 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](http://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 námitku, 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.

Podpísem tohoto formuláře potvrzujete, že jste se důkladně seznámil(a) s příslušným dokumentem Informace o zpracování osobních údajů, zejména s rozsahem zpracováváných údajů, právními základy (důvody), účely a dobou zpracování osobních údajů a právy, která Vám v této souvislosti náležejí. Podpísem 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	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
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	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
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).

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.

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

<sup>2)</sup> Platnou variantu označte křížkem ☒.

Lékař potvrzuje, že ošetřoval pojištěného			
Rodné číslo <sup>1)</sup>	Příjmení	Jméno	Titul
a zjistil u něj toto vážné onemocnění:			
Název vážného onemocnění	Způsob léčení nebo zdravotní událost	Datum provedení zákroku/doba léčení nebo hospitalizace od - do	
<input type="checkbox"/> novotvar in situ			
<input type="checkbox"/> rakovina (nádorové onemocnění)	<input type="checkbox"/> operační zákrok		
	<input type="checkbox"/> chemoterapie	Od	Do
	<input type="checkbox"/> radioterapie	Od	Do
	<input type="checkbox"/> imunoterapie	Od	Do
	<input type="checkbox"/> transplantace orgánu		
	<input type="checkbox"/> opakovaný výskyt diagnózy		
<input type="checkbox"/> cévní mozková příhoda	<input type="checkbox"/> hospitalizace na JIP	Od	Do
	<input type="checkbox"/> uznání invalidním 3. stupně a/nebo přiznání příspěvku na péči z důvodu uznání stupně závislosti II. a vyššího		
<input type="checkbox"/> infarkt myokardu	<input type="checkbox"/> hospitalizace na JIP	Od	Do
	<input type="checkbox"/> bypass (následkem vzniklé diagnózy infarktu myokardu)		
	<input type="checkbox"/> PTCA (následkem vzniklé diagnózy infarktu myokardu)		
<input type="checkbox"/> operace věnčitých (koronárních) tepen z důvodu ischemické choroby srdeční	<input type="checkbox"/> hospitalizace na JIP	Od	Do
	<input type="checkbox"/> infarkt myokardu (následkem operace věnčitých tepen)		
	<input type="checkbox"/> cévní mozková příhoda (následkem operace věnčitých tepen)		
<input type="checkbox"/> operace aorty	<input type="checkbox"/> hospitalizace na JIP	Od	Do
<input type="checkbox"/> náhrada jedné nebo více srdečních chlopní umělou chlopní	<input type="checkbox"/> hospitalizace na JIP	Od	Do
Kód diagnózy shora označeného vážného onemocnění podle MKN-10			
Uveďte bližší popis shora označeného vážného onemocnění, resp. výkonu, který byl proveden (v případě nádorového onemocnění doložte histologický nález).			
Kdy byla diagnóza potvrzena, příp. verifikována?			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? <sup>2)</sup> <input type="checkbox"/> Ano <input type="checkbox"/> Ne			
Byl pojištěný informován o uvedeném vážném onemocnění? <sup>2)</sup> <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