



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.

Hlášení pojistné události – invalidita (pro rámcové smlouvy)

Z0148

Poučení: Ke každé pojistné události vyplňte pouze jedno hlášení pojistné události. **Věnujte pozornost především kompletnímu vyplnění první a druhé části formuláře včetně podpisu na jejím konci.** Nestačí-li vám místo ve formuláři, pokračujte dále na samostatném listu papíru. Třetí část formuláře předložte k vyplnění svému ošetřujícímu lékaři. Poplatek za vyplnění formuláře lékařem hradí klient.

Kompletním vyplněním celého formuláře a doložením veškerých požadovaných dokladů přispějete k hladké likvidaci vaší pojistné události. V případě jakýchkoliv problémů s vyplněním hlášení se poradte se svým poradcem.

Požadované doklady:

- kopie dokumentu „Záznam jednání o posouzení zdravotního stavu“, nebo „Posudek o invaliditě“ od Okresní správy sociálního zabezpečení s uvedením diagnózy, pro kterou byl klient uznán invalidním, a s uvedením další kontrolní lékařské prohlídky (KLP). Tento dokument bývá založen u ošetřujícího lékaře.
- v případech vydání průkazu TP, ZTP nebo ZTP/P u starobního důchodce doložení o jeho přiznání, vydání a platnosti potvrzené příslušným úřadem práce.

ČÁST 1. – POJIŠTĚNÝ

Číslo všech pojistných smluv pojištěného

_____	_____	_____
-------	-------	-------

Pojištěná osoba, které se stala pojistná událost

Jméno, příjmení, titul

Rodné číslo

Kontaktní adresa

Ulice

Č.p.

PSČ

Obec

Stát

Jméno, příjmení, adresa a telefon praktického lékaře, u kterého je vedena kompletní zdravotnická dokumentace pojištěného

Datum pojistné události (uznání invalidity)

Potvrdí subjekt, v jehož prospěch je zajištění závazku sjednáno

Přesný název subjektu

Číslo úvěrové smlouvy

Celková výše poskytnutého úvěru

_____ Kč

Zůstatek úvěru (jistina + úroky + poplatky za vedení účtu) k datu pojistné události
po odečtení neuhrazených splátek úvěru splatných před datem vzniku pojistné události

Splátka úvěru k datu pojistné události

_____ Kč

Byl úvěr k dnešnímu dni splacen? ANO NE

Ověřil/a za subjekt, v jehož prospěch je zajištění závazku sjednáno

Jméno, příjmení

Telefon

Číslo pobočky

Osobní číslo

Datum

_____ podpis

ČÁST 2. – OSOBA, KTERÁ UPLATŇUJE NÁROK NA POJISTNÉ PLNĚNÍ V PŘÍPADĚ, ŽE NENÍ V POJISTNÉ SMLOUVĚ SJEDNÁNA VÝPLATA PLNĚNÍ NA ÚVĚROVÝ ÚČET KLIENTA

! Právo na pojistné plnění může uplatnit pouze oprávněná osoba a jen takové osobě pojišťovna poskytne pojistné plnění. V případě invalidity je oprávněnou osobou pojištěný. Níže uveďte údaje oprávněné osoby.

Zákonný zástupce musí doložit identifikační údaje zastoupeného (např. kopií občanského průkazu se zapsáním údajů zastoupeného, popř. kopií rodného listu zastoupeného).

Jméno, příjmení, titul

RODNÉ ČÍSLO

MÍSTO, STÁT NAROZENÍ

POHLAVÍ žena muž

STÁTNÍ OBČANSTVÍ

E-MAIL

TELEFON

Kontaktní adresa

Ulice

Č.p.

PSČ

Obec

Stát

Vztah k pojištěnému, na jehož základě uplatňujete pojistné plnění

pojištěný oprávněná osoba ostatní osoby – uveďte: _____

Pokud nehlásíte pojistnou událost jako pojištěný, doložte kopii dokumentu, který vás opravňuje k hlášení pojistné události za pojištěného.

Jste politicky exponovaná osoba (PEP)?* ANO NE

* V případě, že jste politicky exponovanou osobou, je nutné vyplnit i formulář Identifikace a základní kontrola klienta – fyzické osoby (Z7110).

Výplata plnění

Na běžný účet klienta – číslo účtu _____ - _____

V případě zvolení účtu v zahraničí je nutné přiložit formulář Příkaz k provedení platby (výplata na účet klienta do zahraničí).

Na úvěrový účet – číslo účtu _____ - _____*

V případě, že zvolíte variantu zaslání pojistného na úvěrový účet, si vás dovolujeme upozornit, že může být výplata opožděna (zúčtování zpravidla probíhá 1x za měsíc).

* Klienti Stavební spořitelny České spořitelny, a.s. a klienti, kteří mají spotřebitelský úvěr na bydlení od České spořitelny, a.s., vždy zaškrtnávají variantu „Na úvěrový účet“

Prohlašuji, že jsem na všechny dotazy odpověděl/a pravdivě a úplně. Jsem si vědom/a případných důsledků nesprávných odpovědí na povinnost pojišťovny poskytnout pojistné plnění i dalších právních následků.

Poskytují souhlas s elektronickou komunikací (např. e-mail, SMS) týkající se šetření pojistné události. Ke komunikaci mohou být využity kontakty, které jsem uvedl/a v tomto hlášení pojistné události.

! Elektronická komunikace není zabezpečena a pojišťovna nemůže zaručit ochranu jejího obsahu před neoprávněným přístupem třetích stran.

Zmocňuji pojišťovnu a souhlasím, aby Česká spořitelna, a.s. k její žádosti za účelem likvidace pojistné události poskytla veškeré informace a údaje nutné k likvidaci této pojistné události. Rozumím se jimi např. údaje o výši zůstatku úvěru k datu pojistné události, výši měsíční splátky, včetně pojistného a poplatku za vedení úvěrového účtu, údaje o čerpání či doplacení úvěru, číslo účtu, na které má být zasláno pojistné plnění.

ZMOCNĚNÍ PODLE ZÁKONA O POSKYTOVÁNÍ ZDRAVOTNÍCH SLUŽEB

Udělují v souladu s § 2828 zákona č. 89/2012 Sb., občanského zákoníku, souhlas pojišťovně, aby zjišťovala či ověřovala můj zdravotní stav pro účely šetření pojistných událostí či výkonu jiných práv a povinností z pojištění, 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 k mému zdravotnímu stavu; tento souhlas platí i po mé smrti a vztahuje se i na zjištění příčiny mé smrti. Dále opravňuji k poskytnutí těchto informací svého zaměstnavatele, správu sociálního zabezpečení, policii, soud apod.

Zprošťuji 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 pojišťovně mlčenlivosti ve stejném rozsahu, v jakém je pojišťovna oprávněna 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.

ZPRACOVÁNÍ OSOBNÍCH ÚDAJŮ

V následující 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 Informačním listu o ochraně osobních údajů pro rámcové pojistné smlouvy, který je trvale dostupný na webové stránce www.koop.cz v sekci „O pojistovně Kooperativa“.

INFORMACE O ZPRACOVÁNÍ ÚDAJŮ O ZDRAVOTNÍM STAVU A GENETICKÝCH ÚDAJŮ

Berete na vědomí, že údaje o vašem zdravotním stavu a genetické údaje zpracovává pojišťovna na základě nezbytnosti pro **určení, výkon a obhajobu právních nároků**, a to pro účely **likvidace pojistné události, správy a ukončení pojištění, likvidace pojistné události, zajištění a soupojištění, ochrany právních nároků pojišťovny 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 pojišťovna na základě **oprávněného zájmu** pro účely **zajištění řádného nastavení a plnění smluvních vztahů s pojistníkem a souvisejících vztahů s vámi, správy a ukončení pojištění, likvidace pojistné události, zajištění a soupojištění, ochrany právních nároků pojišťovny a prevence a odhalování pojistných podvodů a jiných protiprávních jednání**. Proti takovému zpracování máte právo kdykoliv podat námítku, která může být uplatněna způsobem uvedeným v Informačním listu o ochraně osobních údajů pro rámcové pojistné smlouvy.

Berete na vědomí, že shora uvedené osobní údaje zpracovává pojišťovna také na základě a pro účely **plnění zákonných povinností**, které se na pojišťovnu vztahují.

Osoba uplatňující nárok na pojistné plnění se podpisem tohoto formuláře zavazuje informovat oprávněnou osobu, v jejíž prospěch má být pojistné plnění vyplaceno, o zpracování jejích osobních údajů.

Podpisem tohoto formuláře, resp. odesláním tohoto formuláře potvrzujete, že jste se důkladně seznámil s Informačním listem o ochraně osobních údajů pro rámcové pojistné smlouvy, zejména s rozsahem zpracovávaných údajů, právními základy (důvody), účely a dobou zpracování osobních údajů a právy, která vám v této souvislosti náleží.

V _____ dne _____

Jméno, příjmení _____

podpis osoby, která uplatňuje nárok na pojistné plnění

ČÁST 3. – LÉKAŘSKÁ ZPRÁVA

Poskytnutí údajů je v souladu se souhlasem klienta (viz prohlášení na konci části 2 tohoto formuláře). V zájmu klienta prosíme o důkladné, úplné a čitelné vyplnění všech údajů a doložení kopií veškeré požadované dokumentace. Nestačí-li místo ve formuláři, pokračujte na samostatném listu papíru. Poplatek za vyplnění hradí klient na vlastní náklady.

Rodné číslo klienta

Uvedte prosím přesnou diagnózu (v případě souběhu všechny diagnózy) daného onemocnění / úrazu které/ý byl/o příčinou pojistné události (dle MKN 10, popis a dobu léčeni od–do)

od

do

Uvedte, o jakou invaliditu se jedná (1., 2. nebo 3. stupeň; plná nebo částečná invalidita): _____

V případě, že příčinou pojistné události byla nemoc, uveďte:

Kdy byla diagnóza poprvé stanovena (datum) _____

Na základě jakých příznaků, vyšetření a nálezů, a přiložte kopie příslušné lékařské dokumentace _____

Kdy se objevily první příznaky, které byly v příčinné souvislosti s tímto onemocněním, a o jaké příznaky se jednalo (popište chronologicky a přiložte kopie příslušné lékařské dokumentace) _____

Byl pojištěný informován o uvedeném onemocnění? ANO NE Pokud ano, uveďte kdy (datum) _____

V případě, že příčinou pojistné události byl úraz, uveďte:Datum úrazu Datum prvního lékařského ošetření úrazu Příčina úrazu Byl poškozený v době úrazu pod vlivem alkoholu či jiných návykových látek? ANO NE Uveďte příznaky, ‰ alkoholu Byl příčinou úrazu pokus o sebevraždu nebo sebepoškození? ANO NE **V případě invalidity následkem úrazu dále uveďte:**

Výpis všech evidovaných úrazů a onemocnění nyní postižené části těla nebo prohlášení, že se jedná o první trauma (onemocnění).

Doložte kopie odborných zpráv.

popis poranění/onemocnění	dg. dle MKN 10	měsíc a rok, kdy nastalo

V případě, že klient již dříve pobíral invalidní důchod, uveďte prosím, od kdy a pro jakou diagnózu byl přiznán. Uveďte o jakou invaliditu se jednalo (1., 2., nebo 3. stupeň; plná, nebo částečná invalidita): **V případě onemocnění** jsou nezbytnou přílohou této lékařské zprávy 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.**V případě invalidity následkem úrazu** kopie zdravotnické dokumentace týkající se předchozích úrazů či onemocnění, která jsou v souvislosti s předmětným úrazem nebo která se týkají části těla úrazem postižené.

Lékař potvrzuje, že ošetřoval pojištěného, který je uveden v první části tohoto formuláře, a podle ustanovení zákona č. 89/2012 Sb., občanský zákoník, uvedl veškeré jemu dostupné informace týkající se předmětného úrazu či onemocnění.

V dne
razítko a podpis lékaře**ČÁST 4. – POUČENÍ**

Podmínkou pro zahájení likvidace pojistné události je úplné vyplnění všech částí formuláře a přiložení všech ve formuláři uvedených a požadovaných příloh. V případě neúplného vyplnění či chybějících příloh bude pojištěný, resp. oprávněná osoba, vyzvána, aby před zahájením likvidace na vlastní náklady doplnila chybějící údaje či přílohy.

ČÁST 5. – IDENTIFIKACE PŘÍJEMCE PLNĚNÍ

Dle zákona č. 253/2008 Sb., o některých opatřeních proti legalizaci výnosů z trestné činnosti a financování terorismu, je povinností provést identifikaci příjemce plnění. Identifikace příjemce plnění se provádí na formuláři Identifikace a základní kontrola klienta – fyzické osoby (Z7110).

Identifikaci příjemce plnění je třeba provést v případě splnění některé z níže uvedených podmínek:

- pojistné plnění převyšuje 1 000 EUR,
- klient je PEP,
- nebo splňuje jinou podmínku dle uvedeného zákona.