



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 – terminální stadium onemocnění (pro rámcové smlouvy)

Z0151

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 všech lékařských zpráv, na jejichž základě byla diagnóza onemocnění stanovena, kopie zpráv týkající se předchozích příznaků, které byly v příčinné souvislosti s tímto onemocněním.
- kopie nálezů potvrzujících stanovení diagnózy příslušným odborným pracovištěm (např. kopie zprávy z CT, histologie, MRI apod.).
- kopie propouštěcích zpráv.

ČÁST 1. – POJIŠTĚNÝ

Číslo všech pojistných smluv pojištěného

--	--	--

Pojištěná osoba, které se stala pojistná událost

Jméno, příjmení, titul

--

Rodné číslo

Místo, stát narození

Pohlaví Žena Muž

--

Státní občanství

E-mail

Telefon

--

--

Kontaktní adresa

Ulice

Č.p.

PSČ

--

--

--

Obec

Stát

--

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

--

Údaje o odborném lékaři, u kterého je uložena zdravotnická dokumentace (název, adresa zdravotnického zařízení a jméno lékaře)

--

Datum kdy nastaly první příznaky onemocnění

--

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

--

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 HLÁSÍ POJISTNOU UDÁLOST

Jméno, příjmení, titul

Rodné číslo

Místo, stát narození

Pohlaví Žena Muž

Státní občanství

E-mail

Telefon

Kontaktní adresa

Ulice

Č.p.

PSČ

Obec

Stát

Pojistnou událost hlásíte jako:

pojištěný

osoba s plnou mocí

jiné: _____

Výplata plnění

Na úvěrový účet – číslo účtu

V případě, že úvěrový účet zanikl, bude dořešeno mezi pojištěným a pojišťovnou.

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.

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 nesděljuje.

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 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 pojišťovna na základě nezbytnosti pro **určení, výkon a obhajobu právních nároků**, a to pro účely *likvidace pojistné události, správy a ukončení pojištění, 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 pojištěným 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

