

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 – hospitalizace (pro rámcové smlouvy)

## Z2120

Tento vyplněný a níže podepsaný formulář prosím zašlete na e-mail bankopojisteni@koop.cz, nebo na adresu ZÁKAZNICKÉ CENTRUM PRO KLIENTY FINANČNÍ SKUPINY ČESKÉ SPORITELNY, Boudníkova 2506/1, 180 00 Praha 8 - Libeň, spolu s následujícími dokumenty (vždy jen kopie):

- konečná **propouštěcí zpráva** z nemocničního zařízení.
- zdravotní dokumentace o **průběhu léčby**.
- v případě **nemoci** i lékařské zprávy z prvotního zachycení nemoci.
- v případě **úrazu** i lékařské zprávy o prvním ošetření bezprostředně po úrazu.

Pojištěný		
Příjmení, jméno, titul		
Rodné číslo*		Místo, stát narození
*Nemáte-li přiděleno rodné číslo, uveďte datum narození		
Státní občanství	E-mail	Telefon
Adresa trvalého bydliště		
Ulice		Č.p. PSČ
Obec	Stát	
Kontaktní adresa, je-li odlišná od adresy trvalého bydliště		
Ulice		Č.p. PSČ
Obec	Stát	
K hospitalizaci došlo v důsledku:	<input type="checkbox"/> NEMOCI	<input type="checkbox"/> ÚRAZU
Uveďte diagnózu a popis vzniku onemocnění/úrazu:		
K hospitalizaci došlo v období od _____ do _____ (uveďte prosím přesné datum, tj. den, měsíc a rok)		
Adresa ošetřujícího (praktického) lékaře ošetřovaného (jméno, adresa, telefonní spojení)		
Byl/a jste k datu vzniku pojistné události v zaměstnaneckém poměru? (pokud nejste zaměstnán/a v pracovním poměru, doložte prosím kopii Zápočtového listu)	<input type="checkbox"/> ANO	<input type="checkbox"/> NE
Jste osoba samostatně výdělečně činná (OSVČ)? (doložte prosím kopii Živnostenského listu)	<input type="checkbox"/> ANO	<input type="checkbox"/> NE
<b>Výplata plnění</b>		
<input type="checkbox"/> Na běžný účet klienta – číslo účtu _____ - _____		
Plnění na běžný účet je možné u všech pojistných produktů (rámcových smluv), kromě pojištění k úvěrům od Stavební spořitelny České spořitelny, a.s.		
<input type="checkbox"/> Na úvěrový účet – číslo účtu _____ - _____		

Podpisem tohoto formuláře prohlašuji, že jsem majitelem výše uvedeného účtu: \_\_\_\_\_

**V případě, že majitelem výše uvedeného účtu je jiná osoba, uveďte následující údaje jeho majitele:**

Příjmení, jméno, titul

Rodné číslo (nemá-li, pak datum narození)

Státní občanství

Adresa trvalého bydliště

Ulice

Č.p.

PSČ

Obec

Stát

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.

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“.

Prohlašuji, že mnou poskytnuté informace v hlášení pojistné události jsou úplné a pravdivé. Prohlašuji dále, že jsem byl/a seznámen/a a souhlasím s Rámcovou pojistnou smlouvou, která byla platná v den podpisu smlouvy, v rámci které mám uzavřeno pojištění pro případ hospitalizace, nebo v den podpisu dodatku k ní, včetně Všeobecných pojistných podmínek tvořících přílohu této Rámcové pojistné smlouvy.

Zároveň souhlasím, aby data uvedená v tomto hlášení byla v souvislosti s uzavřeným pojištěním předávána pojišťovně, pojištníkovi a smluvním lékařům pojišťovny (popř. provozovateli zdravotnického zařízení) prostřednictvím el. pošty a PC médií, popř. jinými způsoby umožňujícími bezpečný přenos datových, textových, hlasových a obrazových zpráv, a aby mi těmito způsoby byly zaslány informace týkající se mého vztahu s pojišťovnou a pojištníkem.

Pokud jsem v tomto Hlášení uvedl/a pro výplatu pojistného plnění v případě hypotéčního úvěru úvěrový účet, souhlasím s tím, aby prostředky z pojistného plnění byly použity ke splacení závazků z příslušné úvěrové smlouvy.

#### 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 nesdíluje.

#### 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](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 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, údaje o využívání služeb, jakož i další údaje uvedené na tomto formuláři zpracovává pojišťovna na základě **oprávněného zájmu** pro účely **zajištění řádného nastavení a plnění smluvních vztahů s pojištníkem a souvisejících vztahů s pojištěným, správy a ukončení pojištění, likvidace pojistné události, zajištění, 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.

V případě, že jste ve formuláři uvedl osobní údaje třetích osob, zavazujete se informovat je o zpracování jejich osobních údajů.

**Podpisem tohoto formuláře, resp. jeho odesláním potvrzujete, že jste se důkladně seznámil/a s příslušným dokumentem Informační list o ochraně osobních údajů pro rámcové smlouvy, 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 pojišťovně bez zbytečného odkladu. Dále potvrzujete, že jste si vědom(a) právních důsledků, které mohou mít neúplné nebo nepravdivé odpovědi na povinnost pojišťovny poskytnout pojistné plnění.**

V

dne

podpis osoby, která uplatňuje  
nárok na pojistné plnění