



Oznámení pojistné události z pojištění pohřbu

Tento formulář se použije pro oznámení pojistné události z pojištění pohřbu.

Vyplňte částí 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).

Není-li v pojistné smlouvě, z níž uplatňujete právo na pojistné plnění, určen obmyšlený, 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. OBYŠLENÝ NEBO POJISTNÍK

Tato osoba vždy vyplní i údaje o pojištěném v části B.

³⁾ Není-li obmyšlený v pojistné smlouvě určen, vznikne právo na pojistné plnění osobám v pořadí daném zákonem, tj. manžel pojištěného, děti pojištěného, rodiče pojištěného.

⁴⁾ 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.

⁵⁾ Platnou variantu označte křížkem (platí i v ostatních případech s možností více variant).
⁶⁾ 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"/> OBYŠLENÝ (osoba určená v pojistné smlouvě pro případ smrti) ³⁾	<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 ⁴⁾		Mobilní telefon	Telefon
Průkaz totožnosti (druh, číslo, vydávající orgán, stát)		Platnost průkazu totožnosti do	
Jiný 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 ⁵⁾ <input type="checkbox"/> Muž <input type="checkbox"/> Žena	Jste politicky exponovaná osoba (PEP)? <input type="checkbox"/> Ano ⁶⁾ 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 ²⁾	

D. OSOBA, KTERÁ UPLATŇUJE PRÁVO NA POJISTNÉ PLNĚNÍ

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

⁷⁾ 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“, blíž na www.koop.cz. Současně jednatel osoba doloží oprávnění k jednání za právnickou osobu.

<input type="checkbox"/> zákonný zástupce obmyšleného (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 zmocnitele (obmyšleného) nebo její úředně ověřenou kopii k zastupování ve věci vyřízení pojistné události		
<input type="checkbox"/> jiná osoba - doloží vztah k pojištěnému či obmyšlenému a kopii dokumentu, který zakládá její nárok na pojistné plnění	<input type="checkbox"/> svěřenecký fond		
Rodné číslo/IČO ^{1),7)}	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 ⁴⁾		Mobilní telefon	Telefon
Průkaz totožnosti (druh, číslo, vydávající orgán, stát)		Platnost průkazu totožnosti do	
Jiný 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 ⁵⁾ <input type="checkbox"/> Muž <input type="checkbox"/> Žena	Jste politicky exponovaná osoba (PEP)? <input type="checkbox"/> Ano ⁶⁾ 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 ²⁾	

E. ÚDAJE O POJIŠTĚNÍ A POJISTNÉ UDÁLOSTI

⁸⁾ Doložte kopii listu o prohlídce zemřelého nebo kopii úmrtního listu. Bylo-li úmrtí šetřeno policií, doložte kopii protokolu z tohoto šetření nebo usnesení policie.
⁹⁾ Doložte kopii listu o prohlídce zemřelého nebo kopii úmrtního listu.

Číslo pojistné smlouvy	Číslo pojistné smlouvy	Číslo pojistné smlouvy	Číslo pojistné smlouvy
Datum úmrtí	Příčina úmrtí <input type="checkbox"/> smrt následkem úrazu ⁸⁾ <input type="checkbox"/> smrt následkem nemoci ⁹⁾		
Název/jméno a adresa soudu/notáře, který vyřizuje pozůstalost			

F. 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 C., pokud právo na pojistné plnění uplatňuje obmyšlený nebo pojistník	<input type="checkbox"/> 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.	<input type="checkbox"/> 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 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 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(a) 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	20	
Podpis obmyšleného nebo pojistníka	Podpis zákonného zástupce obmyšleného (nezletilého dítěte)	Podpis zmocněnce nebo jiné osoby uvedené v části D.

Získatelské číslo/Identifikace partnera (HR)	Osobní číslo spolupracovníka získatele /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