



Oznámení pojistné události pro zálohové plnění - ošetřování

Na tomto formuláři lze uplatnit právo na pojistné plnění za ošetřování pojištěného z **pojistných smluv pojištění FLEXI**, pro které je v pojistných podmínkách ujednána možnost opakovaného zálohového plnění v případě dlouhodobého ošetřování. **Vyplňte část B. až F.** – bez jejich úplného vyplnění včetně podpisu nelze poskytnout pojistné plnění. V části D. uveďte čísla všech smluv, jimiž jste u pojistitele pojištěn(a) pro případ pojistné události, za kterou uplatňujete nárok, a **předejte k vyplnění části I. svému lékaři. Náklady spojené s vyplněním zprávy lékaře pojistitel nehradí.** Doložte kopie lékařských zpráv z průběhu léčení úrazu nebo nemoci. V případě, že uplatňujete nárok na pojistné plnění za ošetřování při doprovodu v nemocnici nebo jiném zdravotnickém zařízení, doložte kopii propouštěcí zprávy a potvrzení doby pobytu doprovodu nemocnicí nebo zdravotnickým zařízením, ve kterém pojištěný pobýval.

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

¹⁾ U cizinců se zapíše datum narození ve tvaru RR/MM/DD/9999.
²⁾ Není-li vyplněno, platí stát ČR/státní občanství ČR/daňový rezident ČR.
³⁾ Uvedením e-mailové adresy osoba uvedená v části B. nebo C., pokud uplatňuje právo na pojistné plnění, souhlasí pro účely vyřizování této pojistné události s komunikací prostřednictvím tohoto e-mailu.
⁴⁾ Platnou variantu označte křížkem (platí i v ostatních případech s možností více variant).
⁵⁾ Je-li označeno křížkem považuje se osoba za politicky exponovanou (PEP) ve smyslu zákona č. 253/2008 Sb. a je třeba na formuláři Vo-118/7670 (Z 7110) „Identifikace a kontrola klienta“ identifikovat osobu, která uplatňuje právo na pojistné plnění.

| | | | |
|---|--|---|--|
| 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 ³⁾ | Mobilní telefon | Telefon | |
| Jiný státní občanství než ČR? <input type="checkbox"/> Ano ²⁾ Jaké? | Jiný místo, stát narození než ČR? <input type="checkbox"/> Ano ²⁾ Jaké? | Jiný místo, stát trvalého pobytu než ČR? <input type="checkbox"/> Ano ²⁾ Jaké? | |
| Pohlaví ⁴⁾ <input type="checkbox"/> Muž <input type="checkbox"/> Žena | Jste politicky exponovaná osoba (PEP)? <input type="checkbox"/> Ano ²⁾ 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⁾ | |

C. OSOBA, KTERÁ UPLATŇUJE PRÁVO NA POJISTNÉ PLNĚNÍ

Tato osoba vždy vyplní údaje o pojištěném v části B. Pokud je sama pojištěným, tuto část nevyplňuje a vyplní pouze část B.

Je-li osoba (zástupce), která uplatňuje právo na pojistné plnění, osobou právníkou, vyplní v části C. identifikační údaje osoby, která za právníkou osobu jedná, doloží oprávnění k jednání za právníkou osobu a doloží identifikační údaje právníké osoby ve smyslu zákona č. 253/2008 Sb.

| | | | |
|---|--|---|--|
| <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 zmocnitel k zastupování ve věci vyřízení pojistné události) | <input type="checkbox"/> jiná osoba (doloží kopii dokumentu, který zakládá její nárok na pojistné plnění) | | |
| 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 ³⁾ | Mobilní telefon | Telefon | |
| Jiný státní občanství než ČR? <input type="checkbox"/> Ano ²⁾ Jaké? | Jiný místo, stát narození než ČR? <input type="checkbox"/> Ano ²⁾ Jaké? | Jiný místo, stát trvalého pobytu než ČR? <input type="checkbox"/> Ano ²⁾ Jaké? | |
| Pohlaví ⁴⁾ <input type="checkbox"/> Muž <input type="checkbox"/> Žena | Jste politicky exponovaná osoba (PEP)? <input type="checkbox"/> Ano ²⁾ 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. ÚDAJE O POJIŠTĚNÍ A POJISTNÉ UDÁLOSTI

| | | | |
|---|--|----------------------------------|------------------------|
| Číslo pojistné smlouvy | Číslo pojistné smlouvy | Číslo pojistné smlouvy | Číslo pojistné smlouvy |
| Počátek ošetřování | Při neukončeném ošetřování uveďte datum, ke kterému trvá | Konec ošetřování, je-li ukončeno | |
| Příčina ošetřování (uveďte konkrétní úraz nebo nemoc) | | | |

E. ZPŮSOB VÝPLATY PLNĚNÍ

Pojistné plnění poukáže na (uveďte pouze jednu z možností)

| | | |
|--|--|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Číslo účtu | Kód banky | Specifický symbol |
| <input type="checkbox"/> Adresu uvedenou v části B., pokud právo na pojistné plnění uplatňuje osoba uvedená v části C. | <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. | | Specifický symbol ⁵⁾ |
| Název fondu | | |
| <input type="checkbox"/> Jako běžné pojistné na pojistnou smlouvu č. | | |

⁵⁾ Viz informace pro klienta, též na www.koop.cz.

F. PŘILOŽENÉ DOKUMENTY

| | | |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Propouštěcí zpráva | <input type="checkbox"/> Potvrzení doby pobytu doprovodu nemocnicí nebo jiným zdravotnickým zařízením | <input type="checkbox"/> Zdravotnická dokumentace |
| <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 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 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 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.

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 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 kdykoliv 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 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

| | | | | | | | | | |
|--|--|--|---|---|--|--|--|--|--|
| | | | | | | | | | |
| | | | 2 | 0 | | | | | |

Podpis pojištěného

Podpis zákonného zástupce
nezletilého pojištěného dítěte

Podpis opatrovníka, zmocněnce
nebo jiné osoby uvedené v části C.

I. ZPRÁVA LÉKAŘE

Informace pro lékaře

Odměnu za vyplnění této zprávy Vám uhradí pojištěný (oprávněná osoba).

VŽDY JE NUTNÉ VYPLNIT PŘÍČINU POTŘEBY OŠETŘOVÁNÍ.

Prosíme o čitelné vyplnění všech údajů. Nestačí-li pro požadované údaje místo v předtištěných kolonkách, uveďte je na samostatném listu, který přiložíte k tomuto formuláři.

¹⁾ U cizinců se zapíše datum narození ve tvaru RRRMMDD/9999.

²⁾ V případě více diagnóz vyplňte pro každou diagnózu zvlášť.

³⁾ Nehodící se škrtněte.

Lékař potvrzuje, že zdravotní stav pojištěného

| | | | |
|---------------------------|----------|-------|-------|
| Rodné číslo ¹⁾ | Příjmení | Jméno | Titul |
|---------------------------|----------|-------|-------|

VYŽADOVAL JEHO NEZBYTNÉ CELODENNÍ OŠETŘOVÁNÍ Z DŮVODU ÚRAZU NEBO NEMOCI JINOU OSOBOU.

| | | |
|--------------------------------|---|--|
| Počátek nepřerušeno ošetřování | Při neukončeném ošetřování uveďte datum, ke kterému ošetřování trvá | Konec nepřerušeno ošetřování, je-li ukončeno |
|--------------------------------|---|--|

| Příčina ošetřování (popis onemocnění nebo úrazu) | Kód diagnózy podle MKN-10 ²⁾ | Léčení úrazu nebo nemoci od - do (stále trvá/je ukončeno) ³⁾ |
|--|---|---|
| | | |
| | | |
| | | |

Kdy bylo onemocnění u pojištěného poprvé diagnostikováno? Uveďte datum, název a adresu poskytovatele zdravotních služeb a jméno lékaře.

Jde-li o úraz, uveďte datum vzniku úrazu.

Kdy došlo k prvnímu lékařskému ošetření pojištěného? Uveďte datum, název a adresu poskytovatele zdravotních služeb a jméno lékaře.

Jde-li o onemocnění, uveďte, kdy se objevily první obtíže evidované ve zdravotní dokumentaci pojištěného (měsíc, rok), které byly v příčinné souvislosti s nynějším onemocněním, a o jaké příznaky se jednalo (popište chronologicky).

Datum indikace k případnému operačnímu řešení

| | | | |
|--|--|----|--|
| Jde-li o dítě, bylo nutné jeho vyřazení z kolektivu? | <input type="checkbox"/> Ano <input type="checkbox"/> Ne | Od | Do (stále trvá/ukončeno) ³⁾ |
|--|--|----|--|

| | | | |
|--|--|----|--|
| Byl pojištěný v době ošetřování v pracovní neschopnosti? | <input type="checkbox"/> Ano <input type="checkbox"/> Ne | Od | Do (stále trvá/ukončeno) ³⁾ |
|--|--|----|--|

Pokud pojištěný nebyl v pracovní neschopnosti, uveďte důvod:

| | | | |
|---|--|----|--|
| Pobyt v nemocnici nebo jiném zdravotnickém zařízení | <input type="checkbox"/> Ano <input type="checkbox"/> Ne | Od | Do (stále trvá/ukončeno) ³⁾ |
|---|--|----|--|

Název zdravotnického zařízení:

| | | | |
|---|--|----|--|
| Doprovod ošetřující osobou při pobytu v nemocnici nebo jiném zdravotnickém zařízení | <input type="checkbox"/> Ano <input type="checkbox"/> Ne | Od | Do (stále trvá/ukončeno) ³⁾ |
|---|--|----|--|

| | | | |
|------------------------------|--|----|----|
| Byl dodržován léčebný režim? | <input type="checkbox"/> Ano <input type="checkbox"/> Ne | Od | Do |
|------------------------------|--|----|----|

| | | | |
|--|--|--|--|
| Dochází ošetřovaný na pravidelné kontroly? | <input type="checkbox"/> Ano <input type="checkbox"/> Ne | Pokud ano, uveďte datum příští lékařské kontroly | |
|--|--|--|--|

Shora uvedené údaje případně doplňte kopiemi příslušných lékařských zpráv ze zdravotnické dokumentace pojištěného.

Název poskytovatele zdravotních služeb nebo jméno lékaře

| | | |
|---|---------------------|-----|
| Ulice (místo), číslo popisné/orientační | Obec - dodací pošta | PSČ |
|---|---------------------|-----|

Datum

20

Razítko a podpis lékaře