



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 – ošetřování člena rodiny (pro rámcové smlouva) Z0153

Tento vyplněný a níže podepsaný formulář prosím zašlete na e-mail bankopojistení@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):

Jestli pečujete o člena rodiny ze zdravotních důvodů, doložte prosím níže vypsanou zdravotní dokumentaci nemocného:

- **zdravotní dokumentaci**, která se týká aktuálního ošetřování (lékařské zprávy s popisem nemoci/úrazu);
- při péči kvůli onemocnění nebo úrazu zad doložte navíc i popis výsledků **zobrazovacích vyšetření** (např. RTG, MRI, CT, SONO);
- pokud byl **hospitalizován** nebo podstoupil **operaci**, tak propouštěcí zprávu z nemocničního zařízení, příp. kopii operačního protokolu;
- lékařem potvrzené **Rozhodnutí o potřebě ošetřování** (formulář OČR) nebo **lékařskou zprávu** potvrzující nutnost ošetřování.

Pokud dokumentaci nemáte, požádejte praktického lékaře nebo specialistu ošetřovaného. Když bude nějaký doklad chybět, budeme si ho muset od vás vyžádat a šetření vaší události se tak zbytečně protáhne.

Jestli pečujete o člena rodiny kvůli uzavření školských zařízení, doložte prosím:

- potvrzení o čerpání ošetřovného vystavené ČSSZ a potvrzení zaměstnavatelem.

**Vždy také potřebujeme doklady prokazující snížení příjmů podle vaší situace – například:**

- rozhodnutí krajské pobočky úřadu práce ve věci žádosti o **příspěvek na péči při OČR**;
- potvrzení zaměstnavatele o **čerpání neplaceného volna** nebo kopie zápočtového listu a potvrzení zaměstnavatele o **skončení pracovního poměru** z důvodu ošetřování (můžete využít formulář **Dotazník o zaměstnání**), nebo potvrzení o **zrušení živnosti**;
- doklad prokazující **vztah pojištěného k nemocnému** člena rodiny;
- doklad prokazující **vztah ošetřovatele**, není-li jím pojištěný, k pojištěnému.

- **Souhlas nemocného člena rodiny** se zpracováním údajů o jeho zdravotním stavu pro účely šetření události.

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		
IČO			
Pokud jste OSVČ, uveďte prosím Vaše IČO			
Hlásíte událost kvůli: <input type="checkbox"/> nemoci/úrazu člena rodiny <input type="checkbox"/> péči o člena rodiny kvůli uzavření školského zařízení			
Datum počátku ošetřování člena rodiny:			
Ošetřovatel, který se stará o člena rodiny, je:			
<input type="checkbox"/> pojištěný <input type="checkbox"/> manžel/manželka pojištěného <input type="checkbox"/> registrovaný/á partner/ka pojištěného <input type="checkbox"/> druh/družka pojištěného			
Jméno, příjmení, titul			Rodné číslo
Člen rodiny, o kterého se ošetřovatel stará, je jeho:			
<input type="checkbox"/> manžel/manželka <input type="checkbox"/> dítě <input type="checkbox"/> rodič <input type="checkbox"/> registrovaný/á partner/ka pojištěného <input type="checkbox"/> druh/družka pojištěného			
Jméno, příjmení, titul			Rodné číslo

Vyplňte, pokud hlásíte událost kvůli nemoci/úrazu člena rodiny

Byl nebo je ošetřovaný člen rodiny uznán invalidní?

od \_\_\_\_\_ do \_\_\_\_\_

ANO  NE Pokud ano, uveďte \_\_\_\_\_ stupeň \_\_\_\_\_

Adresa ošetřujícího (praktického) lékaře ošetřovaného (jméno, adresa, telefonní spojení)

Šetřila událost Policie ČR?  ANO  NE Pokud ano, uveďte adresu: \_\_\_\_\_

#### Výplata plnění

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.

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 pojistitel 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 ošetřování člena rodiny, 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, pojistníkovi 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 zasílány informace týkající se mého vztahu s pojišťovnou a pojistníkem.

Pokud jsem v tomto Hlášení uvedl/a pro výplatu pojistného plnění v případě hypotečního 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, pořízením 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 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, 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 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