

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.

## Žádost o změnu v pojistné smlouvě FLEXI RISK

**Z6070**

Tato žádost slouží **výhradně pro pojistné smlouvy FLEXI RISK**.

Číslo pojistné smlouvy

Čísla předchozích smluv (ná vaznost pojištění)

### Já jako pojistník

Příjmení, jméno, titul

Rodné číslo

Místo narození (obec)

Stát narození

Státní občanství

Povolání

OSVČ

zrušení OSVČ

Sportovní/Zájmová činnost

E-mail

Telefon

### Trvalé bydliště

Ulice

Č.p.

PSČ

Obec

Stát

**Kontaktní adresa** (vyplňte pouze v případě, pokud není shodná s adresou trvalého bydliště)

Lze uvést upřesnění adresy (např. bytem u... nebo obchodní firma).

Ulice

Č.p.

PSČ

Obec

Stát

zrušení kontaktní adresy

Jste politicky exponovaná osoba (PEP)?

Ne  Ano

### Identifikační údaje

Pohlaví  muž  žena, platný průkaz totožnosti  č.

dobu platnosti do , vydán státem  orgánem

**Část A. Netechnické a technické změny** (určeno pro níže uvedené změny, pro změny rozsahu pojištění slouží část B.):

1. **Netechnické změny a sdělení** – nemají vliv na výši pojistného (např. změna obmyšlené osoby).

Obmyšlené osoby pro případ smrti (příjmení, jméno / obchodní firma, datum narození / IČO, podíl v %)			
_____	_____	_____	_____%
_____	_____	_____	_____%
_____	_____	_____	_____%
_____	_____	_____	_____%

2. **Technické změny** – mají vliv na výši pojistného (změna doby trvání, změna frekvence placení apod.).

Datum účinnosti dodatku od _____	Změna doby trvání do _____ let věku.
----------------------------------	--------------------------------------

**Pojistné a způsob placení pojistného**

**Frekvence placení pojistného:**  ročně  pololetně  čtvrtletně  měsíčně

**Celkové běžné pojistné (dle frekvence placení)**  
 \_\_\_\_\_ Kč

**Technika placení pojistného:**

SIPO spojovací číslo  
 \_\_\_\_\_

inkaso z účtu číslo účtu \_\_\_\_\_ kód banky \_\_\_\_\_ specifický symbol \_\_\_\_\_

jiný způsob (např. trvalý příkaz)

**Část B. Žádost o změnu**

**Upozornění:** Pokud žádáte změnu v rozsahu pojištění, uvádějte pouze změny požadované oproti současnému stavu pojištění. Jednotlivá pojištění a pojistné částky, které nepožadujete touto žádostí změnit nebo zrušit, zůstávají zachovány v rozsahu sjednaném v pojistné smlouvě, příp. jejich dodatcích.

**Základní dotazy**

Moje výška \_\_\_\_\_ cm      Moje váha \_\_\_\_\_ kg

Kouřím nebo jsem v posledních 2 letech před požadovanou změnou pojištění kouřil  **NE**  **ANO**

**Individuální konec pojištění**


Individuální konec pojištění ve věku \_\_\_\_\_ let. Platí pro všechna pojištění, u kterých je zvolen.

**Doplnění/změna rozsahu pojištění/zrušení** \*Zvolte vždy pouze jednu variantu.

Pojištění smrti				Zrušení	
pojistná částka	varianta pojistné částky	varianta klesání	individuální konec	pojištění	individ. konce
_____ Kč	<input type="checkbox"/> konstantní* <input type="checkbox"/> klesající*	<input type="checkbox"/> lineárně* <input type="checkbox"/> anuitně*    úrok úvěru _____ % p. a.	<input type="checkbox"/>	-	<input type="checkbox"/>

Pojištění vážných nemocí				Zrušení	
pojistná částka	varianta pojistné částky	varianta klesání	individuální konec	pojištění	individ. konce
<input type="checkbox"/> s jednorázovou výplatou** _____ Kč	<input type="checkbox"/> konstantní* <input type="checkbox"/> klesající*	<input type="checkbox"/> lineárně* <input type="checkbox"/> anuitně*    úrok úvěru _____ % p. a.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> s flexibilní výplatou** _____ Kč	-	-	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Pojištění invalidity nebo dlouhodobé péče				Zrušení	
pojistná částka	varianta pojistné částky	varianta klesání	individuální konec	pojištění	individ. konce
3. st. _____ Kč	<input type="checkbox"/> konstantní* <input type="checkbox"/> klesající*	<input type="checkbox"/> lineárně* <input type="checkbox"/> anuitně*    úrok úvěru _____ % p. a.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. st. _____ Kč				<input type="checkbox"/>	
1. st. _____ Kč				<input type="checkbox"/>	

Pojištění pracovní neschopnosti – min. doba léčení 29 dní (s plněním od 1. dne)		Zrušení	
pojistná částka	individuální konec	pojištění	individ. konec
_____ Kč/den	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Zrušení pojištění	
<b>Pojištění smrti následkem úrazu</b>	_____ Kč 	<input type="checkbox"/>	
<b>Pojištění trvalých následků úrazu s 10násobnou progresí od 0,5 % těl. poškození</b>	_____ Kč	<input type="checkbox"/>	
<b>Pojištění léčení úrazu</b>	_____ Kčkrát násobek dle diagnózy	<input type="checkbox"/>	
<b>Pojištění hospitalizace</b>	_____ Kč/den	<input type="checkbox"/>	

 při dopravní nehodě pojistné plnění ve výši dvojnásobku dle pravidel stanovených v pojistných podmínkách

Vinkulace pojistného plnění	
<input type="checkbox"/>	<b>Sjednání</b> (Vyplňte vždy název, IČO a sídlo oprávněného subjektu, v jehož prospěch je vinkulace sjednána.)
<input type="checkbox"/>	<b>Zrušení</b> (Doložte souhlas vinkulačního partnera.)
<input type="checkbox"/>	<b>Změna</b> (Doložte souhlas původního vinkulačního partnera se zrušením vinkulace.)
Název oprávněného subjektu _____ IČO _____	
<b>Sídlo</b>	
Ulice _____	Č.p. _____ PSČ _____
Obec _____	Stát _____
Číslo úvěrové smlouvy (je-li známo) _____	
Souhlasím s tím, aby pojišťovna poskytla výše uvedené třetí osobě informace týkající se pojištění specifikovaného výše, zejména informace o placení pojistného, trvání pojistné smlouvy, informace o zániku pojištění nebo o vzniku nároku na pojistné plnění.	

Dotazník na zdravotní stav pojištěného			
Praktický lékař (jméno, příjmení, adresa)		_____	
<b>Jsem si vědom/a toho, že odpovědi na následující zdravotní dotazy mají zásadní význam pro rozhodnutí pojišťovny, jak ohodnotí pojistné riziko, zda jej pojistí a za jakých podmínek. Prohlašuji, že všechny mé odpovědi na písemné dotazy pojišťovny v tomto dotazníku jsou pravdivé a úplné a uvádím všechny informace včetně těch, které se mi mohou jevit jako nepodstatné. Rozumím tomu, že v případě nepravdivého nebo neúplného zodpovězení těchto dotazů může pojišťovna od pojistné smlouvy odstoupit nebo odmítnout či snížit pojistné plnění.</b>			
Výška (cm)	_____	Váha (kg)	_____
Kouříte nebo jste kouřil/a v posledních 2 letech? Kouřením rozumíme užívání tabáku nebo elektronických cigaret.			NE ANO <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Pijete nebo jste pil/a alkohol v množství větším než 1 l piva, 0,6 l vína nebo 0,08 l lihovin častěji než 4× týdně?			NE ANO <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Užíváte nebo jste užíval/a drogy, návykové látky?			NE ANO <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
1. Jste nebo byl/a jste vyšetřován/a nebo léčen/a u lékaře pro:			NE ANO
<ul style="list-style-type: none"> <li>Rakovinu, cystu, lymfom, leukémii nebo znaménka, bulky nebo výrůstky jakéhokoli druhu?</li> <li>Pozitivní test na hepatitidu B, hepatitidu C nebo HIV?</li> <li>Infarkt, onemocnění srdce, angínu pectoris/bolest na hrudi, bušení srdce, vrozenou vadu srdce nebo operaci srdce?</li> <li>Cévní mozkovou příhodu (mrtvici), malou mrtvici (tranzitorní ischemickou ataku TIA), epilepsii, Alzheimerovu nemoc, roztroušenou sklerózu nebo jiná neurologická onemocnění?</li> <li>Úzkost, deprese, autismus, Downův syndrom nebo jakoukoli duševní chorobu?</li> <li>Nemoci krve, chudokrevnost, poruchu srážlivosti krve nebo hemofilii?</li> <li>Cukrovku nebo cukr v moči?</li> </ul>			<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

<p>2. Jste nebo jste byl/a v posledních 7 letech vyšetřována/a, sledován/a nebo léčen/a lékařem pro níže uvedené zdravotní potíže?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Vysoký krevní tlak nebo cholesterol?</li> <li>• Astma, bronchitidu, chronickou obstrukční plicní nemoc, plicní fibrózu nebo jiné respirační onemocnění?</li> <li>• Onemocnění nebo vrozené vady jícnu, žaludku, nebo střev, Crohnovu chorobu, ulcerózní kolitidu nebo jakékoli onemocnění nebo poruchy jater, žlučníku nebo slinivky břišní (pankreas)?</li> <li>• Onemocnění ledvin nebo močového měchýře, vrozené vady ledvin, močového měchýře nebo močových cest?</li> <li>• Pro ženy: Nález na mamografu, bulku v prsu, pozitivní nález ve stěru z děložního čípku nebo jiné gynekologické potíže?</li> <li>• Pro muže: Onemocnění prostaty?</li> <li>• Infekční nemoci, hepatitidu typu A (žloutenka), mononukleózu, boreliózu (lymeskou nemoc), encefalitidu, meningitidu nebo jiná infekční nebo zánětlivá onemocnění?</li> <li>• Bolesti zad nebo šíje, onemocnění páteře, Bechtěrevovu nemoc (ankylozující spondylitidu), dnu, artritidu, artrózu nebo jakoukoli poruchu kloubů nebo pohybového aparátu (včetně vrozených vad)?</li> <li>• Onemocnění štítné žlázy?</li> <li>• Lupénku, ekzém nebo jiné onemocnění kůže?</li> <li>• Onemocnění očí a/nebo uší (krátkozrakost nebo dalekozrakost více než 10 dioptrií nebo jiné onemocnění/vady zraku nebo sluchu jako například snížená zraková ostrost, onemocnění sítnice, zákal, nedoslýchavost, hluchota apod)?</li> </ul>	<p>NE ANO</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>
<p>3. Jste v současné době ve stavu nemocných nebo v pracovní neschopnosti?</p> <p>Byl/a jste v posledních 7 letech operován/a nebo hospitalizován/a v nemocnici? Pobýval/a jste v posledních 7 letech v lázních či léčebně na doporučení lékaře?</p> <p>Trpíte v současné době obtížemi, pro které máte v úmyslu vyhledat lékaře? Probíhá u vás vyšetřování nebo testy nebo čekáte na výsledky provedených vyšetření? Čekáte na zahájení jakékoli formy léčby nebo operací?</p>	<p>NE ANO</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>
<p>4. Byl/a nebo jste v současné době uznán/a invalidním 1., 2., 3. stupně a/nebo Vám byla uznána snížená soběstačnost? Byl/a jste nebo jste držitelem průkazu zdravotně postiženého a/nebo měla/a jste nebo máte změněnou pracovní schopnost?</p>	<p>NE ANO</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>
<p>5. Měl/a jste v minulosti úraz, který zanechal trvalé následky? Např. poškození kloubů, omezení hybnosti, ochrnutí, ztráta končetin nebo orgánů, pakloub, ztráta zraku nebo sluchu apod.</p>	<p>NE ANO</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>
<p>6. Měl/a jste v posledních 7 letech úraz? Např. zlomenina, podvrtnutí, vykloubení, poranění vazů a šlach, popálení, otřes mozku apod.</p>	<p>NE ANO</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>

## SMLUVNÍ UJEDNÁNÍ

Po přezkoumání žádosti o změnu, zdravotnické dokumentace a následném ocenění námi přejímaného rizika může dojít k úpravě pojistného pojišťovnou max. do výše 150 Kč měsíčně. Pokud navrhovaná úprava pojistného přesáhne 150 Kč měsíčně, požádáme Vás o její odsouhlasení.

### Hodnocení zdravotního stavu

Bude-li z komplexního posouzení zdravotního stavu pojištěného vyplývat, že zdravotní rizika pojištěného jsou zvýšena, dáváte tímto souhlas s případným navýšením pojistného za sjednaná pojištění, nejvýše však o 50 % oproti jejich základním sazbám. Bude-li s tímto navýšením spojena nutnost zvýšení pojistného za pojistné období, souhlasíte s ním v nezbytně nutné výši odpovídající navýšení pojistného. V takovém případě vás o nové výši pojistného informujeme v dodatku.

### Neposkytnutí plnění z důvodu sankcí

Neposkytneme pojistné plnění ani jiné plnění či službu z pojistné smlouvy v rozsahu, v jakém by takové plnění nebo služba znamenaly porušení mezinárodních sankcí, obchodních nebo ekonomických sankcí či finančních embarg, vyhlášených za účelem udržení nebo obnovení mezinárodního míru, bezpečnosti, ochrany základních lidských práv a boje proti terorismu. Za tyto sankce a embarga se považují zejména sankce a embarga Organizace spojených národů, Evropské unie, České republiky a Spojeného království Velké Británie a Severního Irsku. Dále také Spojených států amerických za předpokladu, že neodporují sankcím a embargům uvedeným v předchozí větě.

## ZÁVĚREČNÁ USTANOVENÍ PROHLÁŠENÍ

- Beru na vědomí, že žádost o změnu je vyhotovena v listinné podobě.
- Zmocňuji vás k zjišťování či ověřování mého zdravotního stavu pro účely změny pojistné smlouvy, šetření pojistných událostí či výkonu jiných práv a povinností z pojistné smlouvy, a to zejména formou dotazů u příslušných lékařů (zdravotnických zařízení), žádostí o poskytnutí lékařských zpráv, pořízení výpisů nebo opisů ze zdravotnické dokumentace, popř. z jiných zápisů, které se vztahují k mému zdravotnímu stavu; toto zmocnění platí i po mé smrti.
- Zprošťuji v souladu s § 51 odst. 2 písm. b) zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování, ve znění pozdějších předpisů, příslušného lékaře, resp. provozovatele zdravotnického zařízení ve vztahu k vám mlčenlivosti ve stejném rozsahu, v jakém jste oprávněni požadovat informace či dokumenty podle předchozího odstavce a dále podle toho, jak je povinen je poskytovat pacientovi podle § 31 a následujících citovaného zákona.
- Prohlašuji, že jsem byl seznámen a převzal jsem Výňatek z ujednání Pojistných podmínek produktu FLEXI RISK 05/2020. Souhlasím s tím, že dnem účinnosti požadované změny pojistné smlouvy FLEXI RISK se výňatek, který je nedílnou součástí této žádosti o změnu, stává nedílnou součástí této pojistné smlouvy, výňatek tak doplňuje a v rozsahu v něm obsažených ujednání má přednost a nahrazuje příslušná ustanovení pojistných podmínek, které jsem obdržel při sjednání nabídky na uzavření této pojistné smlouvy.
- Prohlašuji, že jsem pravdivě uvedl údaje o svém statusu politicky exponované osoby ve smyslu zákona č. 253/2008 Sb., o některých opatřeních proti legalizaci výnosů z trestné činnosti a financování terorismu, ve znění pozdějších předpisů, a zavazuji se vám neprodleně oznámit jeho případnou změnu.

## ZPRACOVÁNÍ OSOBNÍCH ÚDAJŮ

V následující části jsou uvedeny základní informace o zpracování vašich osobních údajů. Více informací, včetně způsobu odvolání souhlasu, možnosti podání námítky v případě zpracování na základě oprávněného zájmu, práva na přístup a dalších práv, naleznete v dokumentu Informace o zpracování osobních údajů v pojištění osob, který je trvale dostupný na webové stránce [www.koop.cz](http://www.koop.cz) v sekci „O pojišťovně Kooperativa“.

### 1. ZPRACOVÁNÍ CITLIVÝCH OSOBNÍCH ÚDAJŮ

#### 1.1 SOUHLAS SE ZPRACOVÁNÍM ÚDAJŮ O ZDRAVOTNÍM STAVU A GENETICKÝCH ÚDAJŮ

Pojišťovna bude s vaším souhlasem zpracovávat informace týkající se vašeho tělesného a duševního zdraví, včetně údajů o poskytnutí zdravotních služeb vypočítajících o vašem zdravotním stavu (dále jen „**údaje o zdravotním stavu**“), jakož i genetické údaje, a to pro účely návrhu a uzavření dodatku pojistné smlouvy, posouzení přijatelnosti do pojištění a zajištění a soupojištění. Pro tyto účely bude pojišťovna zpracovávat údaje, které jí poskytnete v souvislosti s tímto formulářem, pro účel posouzení přijatelnosti do pojištění bude zpracovávat i údaje, které od vás získala v souvislosti s jinými uzavřenými pojistnými smlouvami.

Tento souhlas udělujete na dobu trvání smluvního vztahu. Tento souhlas se zpracováním údajů o zdravotním stavu je dobrovolný, avšak je podmínkou uzavření dodatku pojistné smlouvy. Tento souhlas můžete kdykoli odvolat. Odvoláním souhlasu není dotčena zákonnost zpracování údajů o zdravotním stavu a genetických údajů do okamžiku odvolání. Máte také právo kdykoli požadovat přístup ke svým osobním údajům.

Údaje o vašem zdravotním stavu a genetické údaje může pojišťovna předávat za účelem zajištění zajistitelům, kterými jsou společnosti VIG RE zajišťovna, a.s. (Česká republika), VIENNA INSURANCE GROUP AG Wiener Versicherung Gruppe (Rakousko), Swiss Re Europa S.A. (Německo) a případně další společnosti uvedené na webové stránce [www.koop.cz](http://www.koop.cz) v sekci „O pojišťovně Kooperativa“.

souhlasím jako pojištěný

## 1.2 ZPRACOVÁNÍ ÚDAJŮ O VAŠEM ZDRAVOTNÍM STAVU A GENETICKÝCH ÚDAJŮ BEZ VAŠEHO SOUHLASU

Pojišťovna bude bez vašeho souhlasu na základě nezbytnosti pro **určení, výkon nebo obhajobu právních nároků** zpracovávat v nezbytném rozsahu údaje o vašem zdravotním stavu a genetické údaje, a to pro účely likvidace pojistné události, správy a ukončení pojistné smlouvy (s výjimkou změny pojistné smlouvy vyžadující posouzení přijatelnosti do pojištění), ochrany právních nároků a prevence a odhalování pojistných podvodů a jiných protiprávních jednání.

## 2. ZPRACOVÁNÍ OSTATNÍCH OSOBNÍCH ÚDAJŮ (TJ. VYJMA CITLIVÝCH ÚDAJŮ)

### 2.1 SOUHLAS SE ZPRACOVÁNÍM OSOBNÍCH ÚDAJŮ PRO ÚČELY MARKETINGU

Pojišťovna bude s vaším souhlasem zpracovávat vaše **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**, a to pro účely:

- zaslání slev či jiných nabídek třetích stran, a to i elektronickými prostředky,
- zpracování vašich osobních údajů nad rámec oprávněného zájmu pojišťovny za účelem vyhodnocení vašich potřeb a zaslání relevantnějších nabídek (jedná se o některé případy sledování vašeho chování, spojování osobních údajů shromážděných pro odlišné účely, použití pokročilých analytických technik).

Tento souhlas je dobrovolný, platí po dobu neurčitou, můžete jej však kdykoli odvolat. V případě, že souhlas neudělíte nebo jej odvoláte, nebudou vám zaslány nabídky třetích stran a některé nabídky pojišťovny nebude možné plně přizpůsobit vašim potřebám. Máte také právo kdykoli požadovat přístup ke svým osobním údajům.

souhlasím jako pojistník  nesouhlasím jako pojistník

### 2.2 INFORMACE O ZPRACOVÁNÍ OSOBNÍCH ÚDAJŮ

#### Zpracování na základě plnění smlouvy a oprávněných zájmů pojišťovny

Berete na vědomí, že vaše 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:

- pro účely návrhu a uzavření dodatku pojistné smlouvy, posouzení přijatelnosti do pojištění, správy a ukončení pojistné smlouvy a likvidace pojistných událostí, když v těchto případech jde o zpracování nezbytné pro **plnění smlouvy**, a
- pro účely zajištění řádného nastavení a plnění smluvních vztahů s pojistníkem, zajištění a soupojištění, statistiky a cenotvorby produktů, ochrany právních nároků pojišťovny a prevence a odhalování pojistných podvodů a jiných protiprávních jednání, když v těchto případech jde o zpracování založené na základě **oprávněných zájmů** pojišťovny. Proti takovému zpracování máte právo kdykoli podat námitku, která může být uplatněna způsobem uvedeným v Informacích o zpracování osobních údajů v pojištění osob.

#### Zpracování pro účely plnění zákonné povinnosti

Berete na vědomí, že vaše identifikační a kontaktní údaje, údaje pro vyhodnocení potřeb a posouzení vhodnosti pojištění a údaje pro ocenění rizika při vstupu do pojištění pojišťovna dále zpracovává ke **splnění své zákonné povinnosti** vyplývající zejména ze zákona upravujícího distribuci pojištění, zákona č. 253/2008 Sb., o některých opatřeních proti legalizaci výnosů z trestné činnosti a financování terorismu, ve znění pozdějších předpisů, zákona č. 69/2006 Sb., o provádění mezinárodních sankcí, ve znění pozdějších předpisů, a zákona č. 164/2013 Sb., o mezinárodní spolupráci při správě daní a o změně dalších souvisejících zákonů, ve znění pozdějších předpisů.

#### Zpracování pro účely přímého marketingu

Berete na vědomí, že vaše identifikační a kontaktní údaje a údaje o využívání služeb může pojišťovna také zpracovávat na základě svého oprávněného zájmu pro účely zaslání svých reklamních sdělení a nabízení svých služeb; nabídku od pojišťovny můžete dostat elektronicky (zejména SMSkou, e-mailem, přes sociální sítě nebo telefonicky) nebo klasickým dopisem či osobně od zaměstnanců pojišťovny.

Proti takovému zpracování máte jako pojistník právo kdykoli podat námitku. Pokud si nepřejete, aby vás pojišťovna oslovovala s jakýmkoli nabídkami, zaškrtněte prosím toto pole: .

### 2.3 POVINNOST POJISTNÍKA INFORMOVAT TŘETÍ OSOBY

Zavazujete se informovat každého obmyšleného a případně další osoby, které jste uvedl v tomto formuláři, o zpracování jejich osobních údajů.

### 2.4 INFORMACE O ZPRACOVÁNÍ OSOBNÍCH ÚDAJŮ ZÁSTUPCE POJISTNÍKA/POJIŠTĚNÉHO

#### Zpracování na základě oprávněných zájmů pojišťovny

Osoba oprávněná zastupovat pojistníka/pojištěného bere na vědomí, že její identifikační a kontaktní údaje pojišťovna zpracovává na základě **oprávněného zájmu** pro účely návrhu a uzavření dodatku pojistné smlouvy, správy a ukončení pojistné smlouvy, likvidace pojistných událostí, zajištění a soupojištění, ochrany právních nároků pojišťovny a prevence a odhalování pojistných podvodů a jiných protiprávních jednání. Proti takovému zpracování má taková osoba právo kdykoli podat námitku, která může být uplatněna způsobem uvedeným v Informacích o zpracování osobních údajů v pojištění osob.

**Zpracování pro účely plnění zákonné povinnosti**

Osoba oprávněná zastupovat pojistníka/pojištěného bere na vědomí, že identifikační a kontaktní údaje pojišťovna dále zpracovává **ke splnění své zákonné povinnosti** vyplývající zejména ze zákona upravujícího distribuci pojištění, zákona č. 253/2008 Sb., o některých opatřeních proti legalizaci výnosů z trestné činnosti a financování terorismu, ve znění pozdějších předpisů, zákona č. 69/2006 Sb., o provádění mezinárodních sankcí, ve znění pozdějších předpisů, a zákona č. 164/2013 Sb., o mezinárodní spolupráci při správě daní a o změně dalších souvisejících zákonů, ve znění pozdějších předpisů.

**Podpisem tohoto formuláře potvrzujete, že jste se důkladně seznámil se smyslem a obsahem souhlasů se zpracováním osobních údajů a že jste se před jejich udělením seznámil s dokumentem Informace o zpracování osobních údajů v pojištění osob, zejména s bližší identifikací dalších správců, rozsahem zpracovávaných údajů, právními základy (důvody), účely a dobou zpracování osobních údajů, způsobem odvolání souhlasu a právy, která vám v této souvislosti náleží.**

**KONTROLA KLIENTA**

Jako pojistník prohlašuji, že zdroje příjmů, ze kterých hradím pojistné, pocházejí:  ze závislé činnosti,  z podnikání,

jiné (konkrétně): \_\_\_\_\_

Pokud vedle pojistné ochrany sledujete provedením obchodu další účel ve smyslu zákona č. 253/2008 Sb., o některých opatřeních proti legalizaci výnosů z trestné činnosti a financování terorismu, ve znění pozdějších předpisů, prosím, uveďte jej:

**Žádost jsem podal/a:**

V \_\_\_\_\_ dne \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ podpis pojistníka a zároveň pojištěného

Prohlašuji, že jsem zaznamenal/a a ověřil/a správnost identifikačních údajů pojistníka a shodu podoby pojistníka s vyobrazením dle platného průkazu totožnosti.

**Identifikaci** v souladu s příslušnými ustanoveními zákona č. 253/2008 Sb., o některých opatřeních proti legalizaci výnosů z trestné činnosti a financování terorismu, ve znění pozdějších předpisů, za 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, **provedl/a a žádost převzal/a:**

Příjmení, jméno poradce / spolupracovníka ziskatele

(vyplňte hůlkovým písmem)

Identifikace partnera (HR) / Ziskatelské číslo

Identifikace poradce / Osobní číslo spolupracovníka ziskatele

Telefon

E-mail

\_\_\_\_\_ podpis poradce / spolupracovníka ziskatele

# Výňatek z ujednání Pojistných podmínek produktu FLEXI RISK – verze 05/2020

Tento Výňatek z ujednání Pojistných podmínek produktu FLEXI RISK ode dne účinnosti vámi požadované změny pojistné smlouvy FLEXI RISK doplňuje a v rozsahu v něm obsažených ujednání má přednost a nahrazuje příslušná ustanovení pojistných podmínek, které jste obdržel při sjednání nabídky na uzavření této pojistné smlouvy.

## DOPRAVNÍ NEHODA

Dopravní nehodu rozumíme událost v provozu na pozemních komunikacích a dále nehoda při veřejné hromadné dopravě na železnici, vodních tocích a v letadlech. Pojistnou událostí je pouze takový úraz, po kterém je pojištěný ošetřen zdravotnickou záchrannou službou na místě dopravní nehody nebo nejpozději do 24 hodin po nehodě ve zdravotnickém zařízení. Dopravní nehoda musí být šetřena na místě nehody policií nebo jiným příslušným státním orgánem, který je pověřen šetřením těchto nehod. O výsledku šetření provedeného neprodleně na místě dopravní nehody ve smyslu příslušného zákona musí být vyhotoven záznam.

Ostatní podmínky zůstávají v platnosti dle Pojistných podmínek produktu FLEXI RISK (dále jen „PP FLEXI RISK“).

## POJIŠTĚNÍ VÁŽNÝCH NEMOCÍ S JEDNORÁZOVOU VÝPLATOU

### Pojistná událost, podmínky pojistného plnění a jeho výplata

Pojistnou událostí je potvrzení diagnózy jedné z vážných nemocí – rakoviny, cévní mozkové příhody, infarktu myokardu, totálního ledvinového selhání, ke kterému došlo v době trvání pojištění, zároveň se příznaky neprojeví před počátkem pojištění ani v čekací době a které splňuje podmínky stanovené ve smlouvě.

### Definice pojmu

**Totální ledvinové selhání** – konečné stadium ledvinového selhávání následkem chronického a nezvratného selhání funkce obou ledvin; pojištěný musí podstupovat pravidelnou dialýzu nebo být po transplantaci ledviny.

V případě totálního ledvinového selhání vzniká nárok na pojistné plnění, pokud podstupujete pravidelnou dialýzu nebo jste po transplantaci ledviny. Nárok na pojistné plnění vzniká i v případě cévních komplikací v návaznosti na diabetes mellitus, při splnění všech definovaných podmínek.

### Čekací doba

U pojištění vážných nemocí s jednorázovou výplatou uplatňujeme pro vznik pojistné události čekací dobu dva měsíce ode dne počátku tohoto pojištění. V případě, kdy jste si v posledních dvou měsících před pojistnou událostí zvýšil pojistnou částku pojištění vážných nemocí s jednorázovou výplatou, vyplatíme pojistnou částku platnou před jejím zvýšením.

### Výluky a omezení plnění

Pojistné plnění vám neposkytneme:  
z diagnózy totálního ledvinového selhání za:  
– přechodnou dialýzu,  
– odstranění jedné ledviny,  
– onemocnění ledvin vyžadující dialýzu.

Ostatní podmínky pro přiznání nároku na plnění z pojištění vážných nemocí s jednorázovou výplatou zůstávají v platnosti dle PP FLEXI RISK.

## POJIŠTĚNÍ VÁŽNÝCH NEMOCÍ S FLEXIBILNÍ VÝPLATOU

### Definice pojmu

#### Operace věnicových (koronárních) tepen z důvodu ischemické choroby srdeční

– kardiologický výkon, při němž vám je voperován koronární bypass (CABG, ACVB) s použitím transplantátu při otevřeném hrudníku pro funkčně významné postižení věnicových tepen, anebo zprůchodnění věnicových tepen provedené pomocí intraarteriálních katetrů, mezi které patří například angioplastika (PTCA), rotablace, laserové techniky nebo jakékoliv jiné podobné procedury (tj. provedení zákroku bez otevření hrudníku).

#### Operace aorty

– operační kardiologický výkon na aortě provedený v důsledku jejího roztržení, vzniku vředy nebo jejího vrozeného zúžení.

### Čekací doba

U pojištění vážných nemocí s flexibilní výplatou uplatňujeme pro vznik pojistné události čekací dobu dva měsíce ode dne počátku tohoto pojištění. V případě, kdy jste si v posledních dvou měsících před pojistnou událostí zvýšil pojistnou částku pojištění vážných nemocí s flexibilní výplatou, vyplatíme plnění z pojistné částky platné před jejím zvýšením.

### Ostatní podmínky

U všech zdravotních událostí a zákroků byla odstraněna podmínka provedení na území České republiky nebo na území členských států Evropské unie. U všech diagnóz, zákroků a zdravotních událostí, kde poskytujeme pojistné plnění za hospitalizaci na jednotce intenzivní péče („JIP“), rozšiřujeme nárok na pojistné plnění také za hospitalizaci na anesteziologicko-resuscitačním oddělení („ARO“).

Ostatní podmínky pro přiznání nároku na plnění z pojištění vážných nemocí s flexibilní výplatou zůstávají v platnosti dle PP FLEXI RISK.

## POJIŠTĚNÍ INVALIDITY NEBO DLOUHODOBÉ PĚČE

### Pojistná událost, podmínky pojistného plnění a jeho výplata

V případě invalidity 3. stupně nebo dlouhodobé péče a invalidity 2. stupně vám poskytneme plnění i za diagnózy F00 – F99 (poruchy duševní a poruchy chování dle MKN 10).

V případě invalidity 1. stupně poskytneme plnění za organické duševní poruchy (diagnózy F00 – F09) a také za diagnózu schizofrenie (F20). Tyto diagnózy musí být dle vyšetření jednoznačně prokazatelné.

Podmínkou výplaty pojistného plnění je, že k uznání invalidity 3. stupně nebo přiznání příspěvku na péči nebo uznání invalidity 2. stupně dojde v důsledku onemocnění nejdříve po jednom roce od počátku tohoto pojištění, v případě pojištění invalidity 1. stupně nejdříve po jednom a půl roce od počátku tohoto pojištění. Pokud si zvýšíte pojistnou částku a jste uznán invalidním nebo je vám přiznán příspěvek na péči, v obou případech výlučně z důvodu nemoci, vzniká vám nárok na takto zvýšené pojistné plnění až pro pojistné události, které nastanou po uplynutí jednoho roku, resp. jednoho a půl roku (pouze pro 1. stupeň invalidity) od data účinnosti této změny.

Splnění podmínky jednoho roku, resp. jednoho a půl roku nevyžadujeme, pokud nám jednoznačně prokážete, že onemocnění, pro které jste byl uznán invalidním příslušného stupně, resp. pro které vám byl přiznán příspěvek na péči, nastalo a bylo diagnostikováno

po počátku pojištění. O splnění těchto podmínek máme právo rozhodnout na základě odborné lékařské expertízy.

Splnění podmínky jednoho roku, resp. jednoho a půl roku dále nevyžadujeme při změně varianty pojistné částky nebo způsobu klesání, pokud zároveň nezvýšíte pojistnou částku.

### Výluky a omezení plnění

V případě invalidity 3. stupně nebo dlouhodobé péče a invalidity 2. stupně vám neposkytneme plnění za diagnózy F00 – F99 vzniklé v přičinné souvislosti s požíváním alkoholu a/nebo psychoaktivních látek.

V případě invalidity 1. stupně vám neposkytneme plnění za diagnózy F00 – F09 a za diagnózu schizofrenie (F20), pokud vzniknou v přičinné souvislosti s požíváním alkoholu a/nebo psychoaktivních látek. Dále vám plnění neposkytneme za poruchy duševní a poruchy chování (diagnózy F10 – F99 dle MKN 10), vyjma schizofrenie (F20).

Ostatní podmínky pro přiznání nároku na plnění z pojištění invalidity nebo dlouhodobé péče zůstávají v platnosti dle PP FLEXI RISK.

## POJIŠTĚNÍ PRACOVNÍ NESCHOPNOSTI

### Pojistná událost, podmínky pojistného plnění a jeho výplata

Pro osoby samostatně výdělečně činné (dále jen „OSVČ“) neplatce nemocenského pojištění je maximální počet dnů, za které vyplatíme pojistné plnění v rámci jedné pojistné události, 548 dnů.

Z pojištění pracovní neschopnosti poskytneme plnění za organické duševní poruchy (diagnózy F00 – F09 dle MKN 10) a také za diagnózu schizofrenie (F20), které jsou dle vyšetření jednoznačně prokazatelné.

Pojistnou událostí je také pracovní neschopnost z důvodu komplikací po kosmetických operacích, které jste prokazatelně nezávilni.

Pojistné plnění poskytneme také za pracovní neschopnost v důsledku těhotenských komplikací. Maximální počet dnů, za které poskytneme plnění v průběhu jednoho těhotenství, je 30 dnů.

Pro OSVČ neplatce nemocenského pojištění dále platí, že pokud se nemoc nebo úraz, kvůli kterým byla pracovní neschopnost vystavena, opakovaně vyskytne nejdříve po 7 letech od vyléčení, považujeme je za novou pojistnou událost, za kterou poskytneme pojistné plnění v součtu opět za max. 548 dnů. Vyléčením rozumíme stav, kdy se příznaky nemoci nebo úrazu neprojeví způsobem, který by bylo nutné zaznamenat do zdravotnické dokumentace, nebo způsobem, který by vyžadoval léčbu a vystavení pracovní neschopnosti.

Pokud nemoc, pro kterou byla pracovní neschopnost vystavena, nastala v době trvání pracovního poměru, resp. v době, kdy jste byl aktivní OSVČ, vyplatíme vám pojistné plnění i v případě, že došlo v průběhu trvání pracovní neschopnosti k ukončení pracovního poměru, resp. k přerušení provozování živnosti. Pojistné plnění poskytneme dle potvrzené doby trvání pracovní neschopnosti, max. však po dobu 30 dnů od data ukončení pracovního poměru, resp. od data přerušení provozování živnosti.

V případě, kdy vám bude vystavena pracovní neschopnost z důvodu jedné z nemocí definovaných v II. kapitole PP FLEXI RISK, v článku 5, bodě A nebo B, poskytneme pojistné plnění za celou potvrzenou dobu trvání pracovní neschopnosti (u OSVČ neplatců nemocenského pojištění poskytneme pojistné plnění za dobu léčby potvrzenou lékařem). Pokud k úrazu, pro který byla pracovní neschopnost vystavena, došlo v době trvání pracovního poměru, resp. v době, kdy jste byl aktivní OSVČ, vyplatíme vám pojistné plnění i v případě, že došlo v průběhu trvání pracovní neschopnosti k ukončení pracovního poměru, resp. k přerušení provozování živnosti. Pojistné plnění poskytneme dle potvrzené doby trvání pracovní neschopnosti, max. však dle Oceňovací tabulky plnění za léčení úrazu platné v době vzniku úrazu.

Odchylně od ustanovení PP FLEXI RISK jsme zrušili poplatek za opakované zálohové plnění.

### Čekací doba

Zvláštní čekací doba pro nemoc v délce osmi měsíců je stanovena pro pracovní neschopnost z důvodu těhotenství, včetně těhotenských komplikací, zubního ošetření, zhotovení zubních náhrad a úkonů chirurgie a ortopedie čelisti.

Nárok na výplatu pojistného plnění za pracovní neschopnost z důvodu preventivních léčebných zákroků z důvodu genetických předpokladů rakoviny vzniká nejdříve po dvou letech od počátku tohoto pojištění.

### Povinnosti pojištěného

Pro výplatu pojistného plnění z pojištění pracovní neschopnosti je vaší povinností předložit:

- řádně vyplněné hlášení pojistné události,
- kopii dokladu o pracovní neschopnosti, popř. potvrzení správy sociálního zabezpečení o čerpání nemocenských dávek nebo o odhlášení z placení nemocenského pojištění.

### Výluky a omezení plnění

Pojištění pracovní neschopnosti se nevztahuje na:

- léčebné pobyty v lázních, sanatoriích, rehabilitačních centrech, léčebnách, s výjimkou případů, kdy je pobyt nutný z důvodu léčení vážných stavů po nemoci či úrazu v pracovní neschopnosti.

Dále se pojištění nevztahuje na pobyt v psychiatrických léčebnách a zařízeních, s výjimkou případů, kdy je pobyt nutný z důvodu diagnózy F00 – F09 (organické duševní poruchy dle MKN 10), resp. se jedná o pobyt z důvodu diagnózy F10 – F99 dle MKN 10, která nastala v důsledku předchozí nemoci, která není ve výluce.

Plnění poskytneme za podmínky, že je pobyt v lázních, sanatoriích, rehabilitačních centrech, léčebnách, psychiatrických léčebnách a zařízeních nutný z důvodu daného léčení a zároveň započne do 1 roku od ukončení pracovní neschopnosti, přičemž nemusí na pracovní neschopnost bezprostředně navazovat.

Maximální počet dnů, za které poskytneme pojistné plnění za léčebný pobyt či pobyt v psychiatrické léčebně, v rámci jedné pojistné události je 30 dnů (pobyty ze sociálních důvodů jsou vyloučeny).

- preventivní léčebné zákroky z důvodů genetických předpokladů rakoviny, pokud faktory ovlivňující zdravotní stav dle MKN 10 byly zjištěny před počátkem pojištění,
- organické duševní poruchy (diagnózy F00 – F09 dle MKN 10) a také na diagnózu schizofrenie (F20), které vznikly v přičinné souvislosti s požíváním alkoholu a/nebo psychoaktivních látek,
- poruchy duševní a poruchy chování z důvodu nemoci dle MKN 10 diagnózy F10 – F99, vyjma schizofrenie (F20),
- porod, předčasný porod, přerušení těhotenství nebo potrat, ke kterému nedošlo z důvodu těhotenských komplikací.

Ostatní podmínky pro přiznání nároku na plnění z pojištění pracovní neschopnosti zůstávají v platnosti dle PP FLEXI RISK.

## **POJIŠTĚNÍ HOSPITALIZACE**

### **Pojistná událost, podmínky pojistného plnění a jeho výplaty**

V případě hospitalizace poskytneme plnění za organické duševní poruchy (diagnózy F00 – F09 dle MKN 10) a také za diagnózu schizofrenie (F20). Tyto diagnózy musí být dle vyšetření jednoznačně prokazatelné.

Pojistnou událostí je také hospitalizace z důvodu komplikací po kosmetických operacích, které jste prokazatelně nezavinil. Pojistné plnění vám poskytneme v případě, že jste hospitalizován s komplikacemi po kosmetické operaci a zároveň máte po tuto dobu vystavenou pracovní neschopnost. Pokud jste osoba samostatně výdělečně činná, která je poplatníkem nemocenského pojištění, doložte potvrzení správy sociálního zabezpečení o čerpání nemocenských dávek. Pokud jste osoba samostatně výdělečně činná, která není poplatníkem nemocenského pojištění, prokážete nárok na plnění potvrzením lékaře o době léčení, na kterou by vám jinak pracovní neschopnost vystavena byla.

Pojistné plnění poskytneme také v případě nepřetržité hospitalizace dítěte z důvodu poporodních komplikací potvrzených odborným lékařem, ale pouze při splnění podmínky, že hospitalizace z důvodu poporodních komplikací bezprostředně navazuje na porod.

Plnění vyplatíme pouze jednou z pojištění hospitalizace matky, a to i v případě, kdy matka není s dítětem hospitalizována. Maximální počet dnů, za které vyplatíme pojistné plnění v rámci jedné pojistné události, je v tomto případě 30 dnů.

Odchylně od ustanovení PP FLEXI RISK jsme zrušili poplatek za opakované zálohové plnění.

### **Čekací doba**

Základní čekací doba pro hospitalizaci z důvodu nemoci je dva měsíce od počátku tohoto pojištění. Tato čekací doba se nevztahuje na akutní infekční onemocnění nastalé po počátku pojištění, pokud je nutná hospitalizace na specializovaném infekčním oddělení nebo oddělení s obdobným režimem. Pokud je příčinou pojistné události jiné akutní onemocnění, u kterého se jednoznačně prokáže, že nemůže mít příčinnou souvislost s onemocněními, obtížemi nebo projevy, které se vyskytly před počátkem pojištění, může pojišťovna rozhodnout o poskytnutí pojistného plnění i v případě vzniku pojistné události v čekací době.

### **Výluky a omezení plnění**

Pojistné plnění z pojištění hospitalizace se nevztahuje na:

- léčebné pobyty v lázních, sanatoriích, rehabilitačních centrech, léčebnách, s výjimkou případů, kdy je pobyt nutný z důvodu přešlé hospitalizace a je nezbytný pro další léčení z důvodu vážných stavů po nemoci, úrazu a vážných pooperačních stavů.
- Dále neplníme za pobyt v psychiatrických léčebnách a zařízeních, s výjimkou případů, kdy je pobyt nutný z důvodu diagnózy F00 – F09 (organické duševní poruchy dle MKN 10), resp. se jedná o pobyt z důvodu diagnózy F10 – F99 dle MKN 10, která nastala v důsledku předchozí nemoci, která není ve výluce.
- Maximální počet dnů, za které poskytneme pojistné plnění za následný léčebný pobyt či pobyt v psychiatrické léčebně, v rámci jedné pojistné události je 30 dnů (pobyty ze sociálních důvodů jsou vyloučeny).
- organické duševní poruchy (diagnózy F00 – F09 dle MKN 10) a také na diagnózu schizofrenie (F20), které vznikly v příčinné souvislosti s požíváním alkoholu a/nebo psychoaktivních látek,
- poruchy duševní a poruchy chování z důvodu nemoci dle MKN 10 diagnózy F10 – F99, vyjma schizofrenie (F20).

Ostatní podmínky pro přiznání nároku na plnění z pojištění hospitalizace zůstávají v platnosti dle PP FLEXI RISK.

### **NEVYPOVĚDITELNOST POJIŠTĚNÍ**

Jednotlivá pojištění můžeme vypovědět a zanikají:

- a) ke konci pojistného období,
- b) do tří měsíců ode dne oznámení vzniku pojistné události.

Zavazujeme se, že ani jedním ze způsobů uvedených výše nevypovíme:

- Pojištění dožití se sjednaného konce pojištění
- Pojištění smrti
- Pojištění invalidity nebo dlouhodobé péče (úraz/nemoc)
- Pojištění vážných nemocí