



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 – pracovní neschopnost (pro rámcové smlouvy) Z2117

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):

- lékařská zpráva z úplně první návštěvy u lékaře kvůli **hlášené nemoci**. Potřebujeme zjistit přesné datum počátku vašich obtíží.
- lékařská zpráva z prvotního ošetření **hlášeného úrazu** s uvedeným datem, kdy k úrazu došlo a detailním popisem úrazového děje.
- pokud vás vyšetřoval **specialista**, tak lékařská zpráva s výsledkem tohoto vyšetření, nebo se stanovením diagnózy.
- pokud jste absolvoval/a **zobrazovací vyšetření** (např. RTG, MRI, CT, SONO), tak popis výsledku vyšetření.
- pošlete nám i další **doklady a lékařské zprávy z minulosti**, které máte ve zdravotní dokumentaci k této nemoci nebo úrazu. Pokud nám budou nějaké informace chybět, obrátíme se na vašeho praktického nebo ošetřujícího lékaře.
- potvrzení o **trvání** a případně ukončení **pracovní neschopnosti**.
- pokud jste byl/a **hospitalizován/a** nebo jste podstoupil/a **operaci**, tak propouštěcí zprávu z nemocničního zařízení, příp. kopii operačního protokolu.
- pokud došlo k pracovnímu úrazu, doložte záznam o úrazu od zaměstnavatele.
- pokud událost vyšetřovala Policie ČR, tak prosím doložte protokol s výsledkem šetření.

V případě, že tuto zdravotní dokumentaci nemáte, požádejte svého praktického lékaře nebo specialistu, u kterého jste se léčil/a s hlášenou nemocí nebo úrazem. Bude-li nějaký doklad chybět, budeme si ho muset od vás vyžádat a šetření vaší události se tak zbytečně protáhne.

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 pracovní neschopnosti došlo v důsledku	
<input type="checkbox"/> NEMOCI <input type="checkbox"/> ÚRAZU	
Datum vzniku pojistné události = uveďte prosím den, měsíc a rok zahájení (počátku) pracovní neschopnosti	
Popište stručně vaše onemocnění/úraz	
Léčil/a jste se s tímto onemocněním, případně stejným úrazem, už v minulosti?	<input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/> ANO Pokud ano, kdy
Jste, popř. byl/a jste, uznán/a invalidní?	<input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/> ANO Pokud ano, uveďte, o jakou invaliditu se jedná (1., 2. nebo 3., stupeň; plná nebo částečná invalidita)
Jste ve starobním důchodu?	<input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/> ANO
Jste osoba samostatně výdělečně činná (OSVČ)?	<input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/> ANO IČO
Adresa ošetřujícího (praktického) lékaře (jméno, adresa, telefonní spojení)	
Adresa Policie ČR a číslo jednacího spisu (vyplňte prosím v případě, že se jednalo o dopravní nehodu, popř. událost, kterou šetřila Policie ČR)	

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

Poskytuji 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 pracovní neschopnosti, 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 zaslány 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 nesděluje.

