

# Hlášení pojistné události – onemocnění (plnění za dobu léčení onemocnění a/nebo plnění za hospitalizaci)

**Z5022**

Kompletním vyplněním a doložením všech požadovaných dokladů přispějete k rychlé likvidaci pojistné události.  
V případě jakýchkoliv dotazů se obraťte na informační linku 957 105 105 (ve všední dny od 8 do 18 hodin).

Vyplněný formulář zašlete na adresu: Kooperativa pojišťovna, a.s., Vienna Insurance Group, Brněnská 634, 664 42 Modřice.

## ► POJISTNÁ SMLOUVA

Uveďte čísla pojistných smluv, ze kterých hlásíte pojistnou událost

ČÍSLO SMLOUVY	ČÍSLO SMLOUVY	ČÍSLO SMLOUVY

## ► POJIŠTĚNÁ OSOBA (osoba, která byla nemocná)

JMÉNO \_\_\_\_\_ PŘÍMENÍ \_\_\_\_\_ TITUL \_\_\_\_\_

RODNÉ ČÍSLO \_\_\_\_\_ MÍSTO, STÁT NAROZENÍ \_\_\_\_\_ POHLAVÍ  žena  muž

STÁTNÍ OBČANSTVÍ \_\_\_\_\_ E-MAIL \_\_\_\_\_ TELEFON \_\_\_\_\_

### KONTAKTNÍ ADRESA

ULICE \_\_\_\_\_ Č. P. \_\_\_\_\_ PSČ \_\_\_\_\_

OBEC \_\_\_\_\_ STÁT \_\_\_\_\_

Jste politicky exponovaná osoba (PEP)?  ANO  NE **!** V případě, že jste politicky exponovanou osobou, je nutné vyplnit i Formulář k provedení identifikace žadatele o pojistné plnění na 5. straně tohoto formuláře. V opačném případě bude plnění automaticky zasláno na sběrný účet České spořitelny.

Jaké bylo vaše povolání v době vzniku onemocnění?

Uveďte jméno a adresu svého praktického lékaře

## ► POPIS ONEMOCNĚNÍ

Datum návštěvy lékaře (návštěva s prvními příznaky onemocnění)

DEN MĚSÍC ROK \_\_\_\_\_

**!** Doložte kopii lékařské zprávy z prvního ošetření.

Kde proběhla první návštěva lékaře?

Ve zdravotnickém zařízení (město), případně jméno lékaře \_\_\_\_\_

Kdy a kde probíhalo další léčení?

DEN MĚSÍC ROK \_\_\_\_\_ DEN MĚSÍC ROK \_\_\_\_\_

**!** Doložte kopie lékařských zpráv z průběhu léčení onemocnění.

Ve zdravotnickém zařízení (město), případně jméno lékaře \_\_\_\_\_

Byla tato část těla léčena / toto onemocnění léčeno / již dříve?

ANO  NE  **!** Pokud ano, uveďte druh onemocnění \_\_\_\_\_

**!** Doložte kopie lékařských zpráv z dřívějšího léčení této části těla / tohoto onemocnění.

## HOSPITALIZACE

Vyplňte, pokud jste byl/a hospitalizován/a a máte sjednané pojištění hospitalizace.

Onemocnění si vyžádalo hospitalizaci (od-do)  DEN  MĚSÍC  ROK -  DEN  MĚSÍC  ROK **! Přiložte kopii propouštěcí zprávy.**

Pokračovala vaše léčba v rehabilitačním ústavu, sanatoriu či láních?  ANO  NE **! Doložte kopii zprávy o rehabilitačním pobytu.**  
Pokud ano, uveďte, od kdy - do kdy  DEN  MĚSÍC  ROK -  DEN  MĚSÍC  ROK  
*Za tento pobyt vám budeme plnit max. 30 dnů.*

Jednalo se o hospitalizaci dítěte do 7 let věku dítěte za doprovodu zákonného zástupce?  ANO  NE **! Přiložte kopii potvrzení o doprovodu dítěte.**

## PRACOVNÍ NESCHOPNOST

Vyplňte, pokud jste byl/a v pracovní neschopnosti a máte sjednané pojištění pracovní neschopnosti.

*(U osob, u kterých se pracovní neschopnost nevystavuje, uveďte dobu léčení, na kterou by jinak pracovní neschopnost vystavena byla.)*

V pracovní neschopnosti jste byl/a (od-do)  DEN  MĚSÍC  ROK -  DEN  MĚSÍC  ROK

V době počátku pracovní neschopnosti jste byl/a (vyberte jednu z variant)

Zaměstnanec

Aktivní OSVČ nebo svobodné povolání

Jiné

**! Pro pracovní neschopnost vystavenou do 31. 12. 2019 doložte kopii pracovní neschopnosti potvrzenou razítkem zaměstnavatele s datem návratu do zaměstnání / od 1. 1. 2020 doložte kopii Průkazu práce neschopného pojištěnce a potvrzení zaměstnavatele o návratu do zaměstnání.**

Druh činnosti  **! Doložte kopii potvrzení OSSZ, od kdy do kdy jste OSVČ.**

Jste plátcem dobrovolného nemocenského pojištění?

ANO

**! Doložte kopii OSSZ o čerpání nemocenských dávek.**

NE

**! Doložte kopii potvrzení OSSZ, že nejste plátcem, a potvrzení lékaře o době pracovní neschopnosti.**

*(V případě, že jste na rodičovské či mateřské dovolené, v invalidním či starobním důchodu nebo nezaměstnaný a nemáte jiný příjem z pracovní činnosti, nárok na pojistné plnění nevzniká.)*

Pokračovala vaše léčba v rehabilitačním ústavu, sanatoriu či láních do 1 roku od ukončení pracovní neschopnosti?  ANO  NE **! Doložte kopii zprávy o rehabilitačním pobytu.**  
Pokud ano, uveďte, od kdy - do kdy  DEN  MĚSÍC  ROK -  DEN  MĚSÍC  ROK

V době počátku pracovní neschopnosti jste byl/a (vyberte jednu z variant)

Zaměstnanec

Aktivní OSVČ nebo svobodné povolání

Jiné

**! Pro pracovní neschopnost vystavenou do 31. 12. 2019 doložte kopii pracovní neschopnosti potvrzenou razítkem zaměstnavatele s datem návratu do zaměstnání / od 1. 1. 2020 doložte kopii Průkazu práce neschopného pojištěnce a potvrzení zaměstnavatele o návratu do zaměstnání.**

Druh činnosti  **! Doložte kopii potvrzení OSSZ, od kdy do kdy jste OSVČ.**

Jste plátcem dobrovolného nemocenského pojištění?

ANO

**! Doložte kopii OSSZ o čerpání nemocenských dávek.**

NE

**! Doložte kopii potvrzení OSSZ, že nejste plátcem, a potvrzení lékaře o době pracovní neschopnosti.**

*(V případě, že jste na rodičovské či mateřské dovolené, v invalidním či starobním důchodu nebo nezaměstnaný a nemáte jiný příjem z pracovní činnosti, nárok na pojistné plnění nevzniká.)*

## OSOBA, KTERÁ UPLATŇUJE NÁROK NA POJISTNÉ PLNĚNÍ

Pojistnou událost hlásíte jako pojištěný?  ANO  NE

Pokud ne, hlásíte pojistnou událost jako (vyberte jednu z variant)

Zákonný zástupce pojištěného dítěte

Pojistník za dítě

Osoba s plnou mocí

Jiné

**! U smluv od roku 2005 - je oprávněnou osobou zákonný zástupce.  
! U smluv do roku 2005 - je oprávněnou osobou u smluv Flexibilního životního pojištění pojistník, - u ostatních produktů zákonný zástupce.**

**! Doložte ověřenou kopii plné moci s úředně ověřeným podpisem zmocnitele, která vás opravňuje k zastupování pojištěného ve věci šetření pojistné události a převzetí pojistného plnění.**

**! Doložte kopii dokumentu, který vás opravňuje k hlášení pojistné události za pojištěného.**

**> POKUD NEHLÁSÍTE JAKO POJIŠTĚNÝ, VYPLŇTE PROSÍM (uved'te kontaktní adresu):**

JMÉNO	PŘÍMENÍ	TITUL
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
RODNÉ ČÍSLO	MÍSTO, STÁT NAROZENÍ	POHLAVÍ <input type="checkbox"/> žena <input type="checkbox"/> muž
<input type="text"/>	<input type="text"/>	
STÁTNÍ OBČANSTVÍ	E-MAIL	TELEFON
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<b>KONTAKTNÍ ADRESA</b>		Č. P.
ULICE		<input type="text"/>
<input type="text"/>		
OBEC	PSČ	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	

Jste politicky exponovaná osoba (PEP)?  ANO  NE **!** V případě, že jste politicky exponovanou osobou, je nutné vyplnit i Formulář k provedení identifikace žadatele o pojistné plnění na 5. straně tohoto formuláře. V opačném případě bude plnění automaticky zasláno na sběrný účet České spořitelny.

**> JAKÝM ZPŮSOBEM CHCETE VYPLATIT POJISTNÉ PLNĚNÍ (vyberte jednu z variant)?**

<input type="checkbox"/>	Na účet vedený v ČR	<input type="text"/>	/	<input type="text"/>	kód banky
<input type="checkbox"/>	Na sběrný účet České spořitelny (Ize vyzvednout na kterékoliv pobočce České spořitelny, a.s.)				
<input type="checkbox"/>	Poštovní poukázkou na výše uvedenou adresu (za tento způsob výplaty účtujeme poplatek dle platného přehledu poplatků a parametrů produktu)				

**!** V případě, že očekáváte, že pojistné plnění přesáhne částku 2 500 EUR, je nutné vyplnit i Formulář k provedení identifikace žadatele o pojistné plnění na 5. straně tohoto formuláře. V opačném případě bude plnění automaticky zasláno na sběrný účet České spořitelny.

Prohlašuji, že všechny údaje jsem uvedl/a úplně a pravdivě. Jsem si vědom/a právních důsledků neúplných nebo nepravdivých odpovědí na vaši povinnost plnit.

**Poskytují souhlas:**

- k zaslání sdělení týkající se stavu a výsledků šetření pojistné události s využitím prostředků elektronické komunikace (např. e-mail, SMS) na kontakty, které jsem uvedl/a v tomto hlášení pojistné události. Tímto způsobem nebudou zasílána sdělení obsahující osobní a citlivé údaje.

**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 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 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.

**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 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“.

**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 pojistné smlouvy, ochrany právních nároků pojišťovny 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 pojišťovna na základě **oprávněného zájmu** pro účely **zajištění řádného nastavení a plnění smluvních vztahů s pojištěním a souvisejících vztahů s vámi, správy a ukončení pojistné smlouvy, likvidace pojistné události, zajištění a 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 dokumentu Informace o zpracování osobních údajů v pojištění osob.

Berete na vědomí, že shora uvedené osobní údaje zpracovává pojišťovna také na základě a pro účely **plnění zákonných povinností**, které se na pojišťovnu vztahují.

**Podpisem tohoto formuláře, resp. odesláním tohoto formuláře potvrzujete, že jste se důkladně seznámil s dokumentem Informace o zpracování osobních údajů v pojištění osob, zejména s rozsahem zpracovávaných údajů, právními základy (důvody), účely a dobou zpracování osobních údajů a právy, která vám v této souvislosti náleží.**

PODPIS OSOBY, KTERÁ UPPLATŇUJE  
NÁROK NA POJISTNÉ PLNĚNÍ

V

DNE

**LÉKAŘSKÁ ZPRÁVA**

Tuto část formuláře je nutné vždy předložit k vyplnění svému ošetřujícímu lékaři.  
Poplatek za vyplnění formuláře lékařem hradí klient.

VYPLŇUJE LÉKAŘ

**POJIŠTĚNÁ OSOBA**

JMÉNO	PŘÍJMENÍ	TITUL
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
RODNÉ ČÍSLO		
<input type="text"/>		

**PŘÍČINA POJISTNÉ UDÁLOSTI** (v případě více diagnóz – vyplňte prosím pro každou diagnózu zvlášť následující údaje)

	Onemocnění 1	Onemocnění 2	Onemocnění 3	Onemocnění 4
Název onemocnění	▼	▼	▼	▼
Dle MKN10	▼	▼	▼	▼
Datum, kdy se objevily první příznaky v příčinné souvislosti s tímto onemocněním.	▼	▼	▼	▼
Datum prvního stanovení diagnózy	▼	▼	▼	▼
Doba léčení (od-do)	▼	▼	▼	▼
Datum indikace k operačnímu řešení				

**Pokud byla tato část těla zasažena úrazem či nemocí již dříve, prosím doložte tuto skutečnost kopiemi lékařských zpráv.**

Probíhala v posledních sedmi letech léčba nebo se vyskytly obtíže v příčinné souvislosti s tímto onemocněním?

ANO  NE  ▶ Pokud ano, uveďte datum, kdy se objevily první příznaky, a doložte kopie lékařských zpráv

DEN MĚSÍC ROK

**HOSPITALIZACE**

Byl pojištěný v souvislosti s nahlášenou pojistnou událostí hospitalizován?

ANO  NE  ▶ Pokud ano, uveďte, od kdy – do kdy trvala

DEN MĚSÍC ROK  – DEN MĚSÍC ROK

Byla nutná rehabilitace?

ANO  NE  ▶ Pokud ano, uveďte, od kdy – do kdy trvala

DEN MĚSÍC ROK  – DEN MĚSÍC ROK

Zvolená terapie

**PRACOVNÍ NESCHOPNOST**

Byl pojištěný v souvislosti s nahlášenou pojistnou událostí v pracovní neschopnosti?

ANO  NE  ▶ Pokud ano, uveďte, od kdy – do kdy trvala

DEN MĚSÍC ROK  – DEN MĚSÍC ROK

*U osob, u kterých se pracovní neschopnost nevystavuje, uveďte dobu léčení, na kterou by jinak pracovní neschopnost vystavena byla.*

Pokračovala léčba pojištěného v rehabilitačním ústavu, sanatoriu či lázních do 1 roku od ukončení pracovní neschopnosti?

ANO  NE  ▶ Pokud ano, uveďte, od kdy – do kdy trvala

DEN MĚSÍC ROK  – DEN MĚSÍC ROK

Lékař svým podpisem potvrzuje, že ošetřoval pojištěného, který je uveden v tomto formuláři, a podle ustanovení zákona č. 89/2012 Sb., občanský zákoník, uvedl veškeré jemu dostupné informace týkající se předmětné pojistné události.

V  DNE  RAZÍTKO A PODPIS LÉKAŘE

## Formulář k provedení identifikace žadatele o pojistné plnění

Formulář k provedení identifikace žadatele o pojistné plnění je nutné vyplnit v případech, kdy jste politicky exponovanou osobou nebo požadujete zaslat výplatu na svůj účet nebo na kontaktní adresu (složenka) a pojistné plnění převyšuje v přepočtu hodnotu 2 500 EUR. Pokud nezašlete správně vyplněný formulář k provedení identifikace a budete politicky exponovanou osobou nebo pojistné plnění převyšuje 2 500 EUR, zašleme výplatu pojistného plnění na účet České spořitelny, a.s. (tzv. sběrný účet) a identifikace bude provedena při výplatě na pobočce České spořitelny.

Ověření identifikačních údajů může na základě předložení dokladu totožnosti (občanský průkaz, cestovní pas) provést:

- pojišťovací zprostředkovatel či pracovník Kooperativy,
- pojišťovací poradce spolupracující s Kooperativou,
- pracovník na kterékoliv pobočce České spořitelny,
- obecní úřad s rozšířenou působností, krajský úřad, notář (doložení sepsané identifikační listiny, která je veřejnou listinou),
- zastupitelský úřad ČR – v případě provedení identifikace v zahraničí (doložení sepsané identifikační listiny, která je veřejnou listinou).

Vyplněný formulář zašlete na adresu: Kooperativa pojišťovna, a.s., Vienna Insurance Group, Brněnská 634, 664 42 Modřice.

**✓ VYPLŇUJE PORADCE V PŘÍPADĚ PEP NEBO PŘI PLNĚNÍ NAD 2 500 EUR ▼**

### IDENTIFIKOVANÁ OSOBA (osoba, která uplatňuje nárok na pojistné plnění)

Identifikace (vyberte jednu z variant)

Pojištěného

Zákonného zástupce

Fyzické osoby (zmocněnce)

Jiné

! Doloží identifikační údaje zastoupeného – např. rodný list zastoupeného dítěte.

! Doloží ověřenou kopii plné moci s úředně ověřeným podpisem zmocnitele.

! Doloží kopii dokumentu, který opravňuje uplatnit nárok na pojistné plnění.

### ÚDAJE O IDENTIFIKOVANÉ OSOBĚ

JMÉNO PŘÍJMENÍ TITUL

RODNÉ ČÍSLO Typ pobytu (vyberte jednu z variant)  Trvalý /  Jiný ▶ Pokud jiný, uveďte typ pobytu

Ulice Č. P. PSČ

Obec Stát

Druh a číslo průkazu totožnosti Doba platnosti DEN MĚSÍC ROK Stát a orgán, který jej vydal

### POJIŠTĚNÁ OSOBA (osoba, které se stala pojistná událost), pokud se liší od identifikované osoby

JMÉNO PŘÍJMENÍ TITUL

RODNÉ ČÍSLO

### IDENTIFIKACI PROVEDL/A

**Identifikaci** v souladu s příslušnými ustanoveními zákona č. 253/2008 Sb., o některých opatřeních proti legalizaci výnosů z trestné činnosti a financování terorismu, 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:**

JMÉNO PŘÍJMENÍ TELEFON

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

! Aby identifikace byla platná, je nutné vyplnit oba identifikační údaje.

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

Datum zaznamenání a ověření DEN MĚSÍC ROK

PODPIS OSOBY, KTERÁ PROVEDLA IDENTIFIKACI