Kooperativa
VIENNA INSURANCE GROUP

0000000000Z5062

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

Z5062

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).

Tento formulář lze použít pro hlášení pojistné události pro zálohové plnění pouze pro produkt FLEXI životní pojištění u pojištění hospitalizace a pojištění pracovní neschopnosti – nemoc, dále pro produkt FLEXI životní pojištění – JUNIOR (Flexibilní životní pojištění JUNIOR) u pojištění hospitalizace, pro produkt FLEXI RISK u pojištění hospitalizace a pojištění pracovní neschopnosti a pro produkt FLEXI rizikové životní pojištění u pojištění hospitalizace a pojištění pracovní neschopnosti – nemoc.

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 | PŘÍJMENÍ | 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.

8626 (Z 5062) 06/2020

› 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 lázních? ANO ☐ NE ☐

Pokud ano, uveďte, od kdy – do kdy DEN MĚSÍC ROK – DEN MĚSÍC ROK

! Doložte kopii zprávy o rehabilitačním pobytu.

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

Je pracovní neschopnost ukončená?

ANO ☐ ! 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.

/ NE ☐ ! Doložte potvrzení o pracovním poměru od svého zaměstnavatele a potvrzení o trvání pracovní neschopnosti (kopie pracovní neschopnosti, nebo Průkazu práce neschopného pojištěnce).

☐ Aktivní OSVČ nebo svobodné povolání

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

Jste plátcem dobrovolného nemocenského pojištění?

ANO ☐ ! Doložte kopii potvrzení OSSZ o čerpání nemocenských dávek.

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

☐ Jiné

(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 lázních? ANO ☐ NE ☐

Pokud ano, uveďte, od kdy – do kdy DEN MĚSÍC ROK – DEN MĚSÍC ROK

! Doložte kopii zprávy o rehabilitačním pobytu.

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

☐ Zaměstnanec

Je pracovní neschopnost ukončená?

ANO ☐ ! 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.

/ NE ☐ ! Doložte potvrzení o pracovním poměru od svého zaměstnavatele a potvrzení o trvání pracovní neschopnosti (kopie pracovní neschopnosti, nebo Průkazu práce neschopného pojištěnce).

☐ Aktivní OSVČ nebo svobodné povolání

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

Jste plátcem dobrovolného nemocenského pojištění?

ANO ☐ ! Doložte kopii potvrzení OSSZ o čerpání nemocenských dávek.

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

☐ Jiné

(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

! 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.

☐ Osoba s plnou mocí

! 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.

☐ Jiné

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

8626 (Z 5062) 06/2020

› POKUD NEHLÁSÍTE JAKO POJIŠTĚNÝ, VYPLŇTE PROSÍM (uveďte kontaktní adresu):

JMÉNO | PŘÍJMENÍ | TITUL

RODNÉ ČÍSLO | MÍSTO, STÁT NAROZENÍ | POHLAVÍ ☐ žena ☐ muž

STÁTNÍ OBČANSTVÍ | E-MAIL | TELEFON

KONTAKTNÍ ADRESA

ULICE | Č. P.

OBEC | PSČ

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)?

☐ Na účet vedený v ČR ▶ | kód banky /

☐ Na sběrný účet České spořitelny *(lze vyzvednout na kterékoliv pobočce České spořitelny, a.s.)*

☐ 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.

Poskytuji souhlas:

- k zasílání sdělení týkajících 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

Uděluji 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 námitky 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 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 pojistníkem 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 námitku, 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.

V | DNE | PODPIS OSOBY, KTERÁ UPLATŇUJE NÁROK NA POJISTNÉ PLNĚNÍ

8626 (Z 5062) 06/2020

› 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

RODNÉ ČÍSLO

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? 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

8626 (Z 5062) 06/2020

Kooperativa
VIENNA INSURANCE GROUP

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 převýší 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 — ! Doloží identifikační údaje zastoupeného – např. rodný list zastoupeného dítěte.
- ☐ Fyzické osoby (zmocněnce) — ! Doloží ověřenou kopii plné moci s úředně ověřeným podpisem zmocnitele.
- ☐ Jiné — ! 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

8626 (Z 5062) 06/2020