

Hlášení pojistné události pro zálohové plnění – úraz

(plnění za denní odškodné, pracovní neschopnost, hospitalizaci)

Z6064

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 denního odškodného, pojištění hospitalizace a připojištění úrazu k pracovní neschopnosti, dále pro produkt FLEXI životní pojištění – JUNIOR (Flexibilní životní pojištění JUNIOR) u pojištění denního odškodného a pojištění hospitalizace, pro produkt FLEXI RISK u pojištění hospitalizace a pojištění pracovní neschopnosti a pro produkt FLEXI rizikové životní pojištění u pojištění denního odškodného, pojištění hospitalizace a připojištění úrazu k pracovní neschopnosti.

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
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

► POJIŠTĚNÁ OSOBA (osoba, které se stal úraz)

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"/>
KONTAKTNÍ ADRESA		
ULICE	Č. P.	PSC
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
OBEC	STÁT	
<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 7. straně tohoto formuláře. V opačném případě bude plnění automaticky zasláno na sběrný účet České spořitelny.

Jaké bylo vaše povolání v době vzniku úrazu?

Uveďte jméno a adresu svého praktického lékaře

► POPIS ÚRAZU

Kdy se vám úraz stal? DEN MĚSÍC ROK ČAS Kde se vám úraz stal? (např. tělocvična, Praha 4)

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

První lékařské ošetření bylo poskytnuto dne DEN MĚSÍC ROK **!** Doložte kopii lékařské zprávy z prvního ošetření.

Ve zdravotnickém zařízení (město), případně jméno lékaře

Léčení probíhalo (od – do) DEN MĚSÍC ROK – DEN MĚSÍC ROK **!** Doložte kopie lékařských zpráv z průběhu léčení úrazu.

Jaká část těla byla poraněna? (např. pravá ruka)

Při jaké činnosti a jakým způsobem k úrazu došlo? Popište okolnosti vzniku úrazu

Úraz se vám stal při (vyberte jednu z variant) Zaměstnání / Volnočasové aktivitě

Stal se úraz při sportu?

ANO NE

▶ Pokud ano, uveďte druh sportu

Stal se vám úraz při rekreační sportovní činnosti? ANO NE

Jste profesionálním sportovcem s úvazkem minimálně 28 hodin týdně? ANO NE

Stal se vám úraz při výkonu profesionálního sportu? ANO NE

Byla tato část těla zasažena úrazem či nemocí již dříve?

ANO NE

▶ Pokud ano, uveďte rozsah

! Doložte kopie lékařských zpráv týkajících se tohoto dřívějšího zasažení části těla.

Vyšetřovala okolnosti úrazu policie?

ANO NE

! Přiložte kopii policejního protokolu.

Jednalo se o dopravní nehodu?

ANO NE

▶ Pokud ano, řídil/a jste? ANO NE

> HOSPITALIZACE

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

Úraz si vyžádal 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 sjednáno připojištění úrazu k pracovní neschopnosti.

(U osob, u kterých se pracovní neschopnost nevystavuje, uveďte dobu léčby, 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 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 zmocnítele, 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 PROŠIM (uved'te kontaktní adresu):JMÉNO PŘÍMENÍ TITUL RODNÉ ČÍSLO MÍSTO, STÁT NAROZENÍ POHLAVÍ žena mužSTÁTNÍ 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 7. 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 (Ize 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 7. 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 zaslání 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

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 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.

► Vyberte jednu z variant

- K hlášení přikládám kopie veškerých lékařských zpráv z průběhu léčení úrazu (pojistné plnění bude vyplaceno pouze v rozsahu doložené zdravotní dokumentace).
- Předávám lékaři na vlastní náklady k vyplnění následující část hlášení pojistné události (lékařskou zprávu) a přikládám kopie lékařských zpráv.

►

V

DNE

PODPIS OSOBY, KTERÁ UPLATŇUJE
NÁROK NA POJISTNÉ PLNĚNÍ

LÉKAŘSKÁ ZPRÁVA

VYPLŇUJE LÉKAŘ

POJIŠTĚNÁ OSOBAJMÉNO PŘÍJMENÍ TITUL RODNÉ ČÍSLO DATUM ÚRAZU DEN MĚSÍC ROK

Uvedte příčinu úrazu

Byl pojištěný v době úrazu pod vlivem alkoholu či jiných návykových látek? ANO NE Pokud ano, uveďte ‰ ‰Uvedte hladinu a způsob měření návykové látky Byl příčinou úrazu pokus o sebevraždu nebo sebepoškození? ANO NE

Popis poranění	Dg. dle MKN10	Léčení od-do
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Uvedte objektivní příznaky poranění zjištěné při prvním ošetření (např. otok, hematom)

Pokud bylo provedeno vyšetření RTG, MRI, CT, SONO, uveďte popis a datum

<input type="text"/>	DEN MĚSÍC ROK <input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>

Jaký byl způsob léčení (popište i případné komplikace a uveďte dobu jejich trvání)

Doba léčení úrazu (od kdy - do kdy) DEN MĚSÍC ROK - DEN MĚSÍC ROK **HOSPITALIZACE**Vyžádal si úraz hospitalizaci? 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

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 CR – 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

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