



## Informace o zpracování osobních údajů

### Zpracování osobních údajů bez vašeho souhlasu

Podpisem tohoto formuláře berete na vědomí, že vaše identifikační a kontaktní údaje zpracovává pojišťovna pro nezbytné plnění smlouvy a na základě svých oprávněných zájmů a pro splnění své zákonné povinnosti vyplývající zejména ze zákona upravujícího distribuci pojištění a zákona č. 253/2008 Sb., o některých opatřeních proti legalizaci výnosů z trestné činnosti a financování terorismu, a zákona č. 164/2013 Sb., o mezinárodní spolupráci při správě daní. Informace o zpracování vašich osobních údajů, včetně způsobu odvolání souhlasu, možnosti podání námítky, právo 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“.

\_\_\_\_\_   
 podpis příjemce plnění

Dle zákona č. 253/2008 Sb., o některých opatřeních proti legalizaci výnosů z trestné činnosti a financování terorismu, je povinností provést identifikaci příjemce plnění. Provedení identifikace je povinné v případech, kdy je požadována výplata na účet klienta nebo na kontaktní adresu. **V případě, že nebude identifikace provedena nebo nebude úplná a plnění přesáhne hranici danou zákonem č. 253/2008 Sb., bude výplata pojistného plnění přednostně zaslána na účet České spořitelny, a.s., (tzv. sběrný účet) – týká se jen pojištěných osob s kontaktní adresou v ČR.**

Pokud je příjemcem plnění právnická osoba, je nutné přiložit formulář Identifikace a základní kontrola klienta – právnické osoby nebo formulář Identifikace a základní kontrola klienta – fyzické osoby (pro fyzickou osobu podnikající) spolu s výpisem z obchodního rejstříku, který není starší tří měsíců.

Prohlašuji, že jsem zaznamenal/a a ověřil/a správnost identifikačních údajů příjemce plnění, údaj o pohlaví  muž  žena a shodu podoby příjemce plnění

s vyobrazením dle platného průkazu totožnosti \_\_\_\_\_ č. \_\_\_\_\_,

doba platnosti do \_\_\_\_\_, vydán státem \_\_\_\_\_ orgánem \_\_\_\_\_.

Trvalý nebo jiný pobyt

Ulice \_\_\_\_\_ Č.p. \_\_\_\_\_ PSČ \_\_\_\_\_

Obec \_\_\_\_\_ Stát \_\_\_\_\_

Místo narození \_\_\_\_\_ Státní občanství \_\_\_\_\_

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

Příjmení a jméno poradce / spolupracovníka ziskatele

\_\_\_\_\_

(vyplňte hůlkovým písmem)

Identifikace partnera (HR) / Ziskatelské číslo

\_\_\_\_\_

Identifikace poradce / Osobní číslo spolupracovníka ziskatele

\_\_\_\_\_

Telefon

\_\_\_\_\_

E-mail

\_\_\_\_\_

V

\_\_\_\_\_

dne

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

podpis poradce / spolupracovníka ziskatele