



Oznámení smrti

Tento formulář se použije také pro oznámení smrti z pojištění pro případ osvobození od placení pojistného a oznámení smrti následkem úrazu.

Vyplňte části B. až F. – uplatňuje-li právo na pojistné plnění **více oprávněných osob, vyplní každá z nich tyto části na samostatném formuláři** (bez jejich úplného vyplnění včetně podpisu nelze poskytnout pojistné plnění) – a **předejte k vyplnění části I. ošetřujícímu lékaři pojištěného**. Část I. Zpráva lékaře se vyplňuje **pouze tehdy, zemřel-li pojištěný do 5 let od počátku pojištění nebo zemřel-li následkem úrazu** (uplatňuje-li právo na pojistné plnění více oprávněných osob, vyplnění této části stačí pouze jednou).

Náklady spojené s vyplněním zprávy lékaře pojistitel nehradí.

Není-li v pojistné smlouvě, z níž uplatňujete právo na pojistné plnění, určen obmyslený, uveďte v části D. název (jméno) a adresu příslušného notáře (soudu), který vyřizuje pozůstalost.

V části F. označte dokumenty, které k tomuto formuláři přikládáte – nezbytné jsou tyto dokumenty: fotokopie úmrtního listu; doklad s uvedením příčiny smrti (např. lékařská zpráva, pitevní protokol, výpis z matriky, doklad o ohledání mrtvého); usnesení policie v případě smrti, k níž došlo při dopravní nehodě, sebevraždou, zaviněním jiné osoby (bylo-li úmrtí policií vyšetřováno).

A. POJISTITEL

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

B. POJIŠTĚNÝ

Rodné číslo ¹⁾	Příjmení	Jméno	Titul
Adresa posledního bydliště Ulice (místo), číslo popisné/orientační		PSČ	
Obec – dodací pošta		<input type="checkbox"/> Jiný stát než ČR, jaký, ZIP kód ²⁾	

¹⁾ U cizinců se zapisuje datum narození ve tvaru RRRMMDD/9999.
²⁾ Není-li vyplněno, platí stát ČR.
³⁾ Platnou variantu označte křížkem (platí i v ostatních případech s možností více variant).

C. OPRÁVNĚNÁ OSOBA

Fyzická osoba <input type="checkbox"/> pojistník <input type="checkbox"/> obmyslený <input type="checkbox"/> jiná osoba (vztah k pojištěnému):	<input type="checkbox"/> Právnícká osoba ⁴⁾		
Rodné číslo/IČO ¹⁾	Příjmení/Název firmy	Jméno	Titul
Jednající - funkce	Příjmení	Jméno	Titul
Občanský průkaz ČR nebo jiný průkaz (druh, číslo, vydávající orgán, stát)	Platnost průkazu do	Místo, stát narození ²⁾	<input type="checkbox"/> Jiné státní občanství než ČR, jaké ³⁾
Adresa pro účely vyřizování této pojistné události Ulice (místo), číslo popisné/orientační		<input type="checkbox"/> Jste daňovým rezidentem (i) jiného státu než ČR? (kterého?) Ano	Pohlaví <input type="checkbox"/> Muž <input type="checkbox"/> Žena PEP ⁵⁾ <input type="checkbox"/> Ano
Obec – dodací pošta	PSČ	<input type="checkbox"/> Jiný stát než ČR, jaký, ZIP kód ²⁾	
E-mail (uvedení e-mailové adresy oprávněná osoba / zákonný zástupce souhlasí pro účely vyřizování této pojistné události s komunikací prostřednictvím tohoto e-mailu)	Mobilní telefon	Telefon	

⁴⁾ Je-li oprávněnou osobou osoba právnická, vyplní se pouze její IČO a název; pro identifikaci „osob, které za ni jedná“, se použije formulář Vo-118 "Identifikace a základní kontrola klienta - fyzické osoby". Tento formulář se rovněž použije, je-li oprávněnou osobou osoba fyzická, která je zastoupena zákonným zástupcem nebo zmocněncem. V takovém případě se vyplněný formulář Vo-118 označí v části F. a přiloží k tomuto formuláři.
⁵⁾ Není-li vyplněno, platí státní občanství/stát narození/stát ČR.
⁶⁾ Je-li označeno křížkem Ano, vyplňte formulář Vo-118 nebo Vo-131 (pro identifikaci právnické osoby), blíže na www.koop.cz.

D. ÚDAJE O POJIŠTĚNÍ A POJISTNÉ UDÁLOSTI

Číslo pojistné smlouvy	Číslo pojistné smlouvy	Číslo pojistné smlouvy	Číslo pojistné smlouvy
Datum úmrtí	Příčina úmrtí <input type="checkbox"/> smrt následkem úrazu <input type="checkbox"/> smrt z jiné příčiny, jaké:		
Jméno a adresa praktického lékaře pojištěného			
Název/jméno a adresa soudu/notáře, který vyřizuje pozůstalost			
V případě smrti následkem úrazu uveďte:			
Datum, čas a místo úrazu	Průběh a okolnosti úrazu		
Stal se úraz při dopravní nehodě? <input type="checkbox"/> Ano <input type="checkbox"/> Ne	Při úrazu osob, dopravovaných motorovým vozidlem, uveďte RZ (SPZ)		
Jména a adresy řidiče a spolujezdců	Vyšetřovala dopravní nehodu policie nebo jiný státní orgán pověřený šetřením nehod? <input type="checkbox"/> Ano <input type="checkbox"/> Ne		

E. ZPŮSOB VÝPLATY PLNĚNÍ

Pojistné plnění / nespotřebované pojistné / přeplatek pojistného poukažte na (uveďte pouze jednu z možností)			
<input type="checkbox"/> Číslo účtu	Kód banky	Specifický symbol	
<input type="checkbox"/> Adresu uvedenou v části C. <input type="checkbox"/> Jinou adresu			
<input type="checkbox"/> Jako mimořádné pojistné na pojistnou smlouvu č.	Název fondu	Specifický symbol ¹⁾	
<input type="checkbox"/> Jako běžné pojistné na pojistnou smlouvu č.			
ZÁKONNÝ ZÁSTUPCE jako příjemce pojistného plnění pro nezletilou nebo nesvéprávnou osobu ²⁾			

¹⁾ Viz bod 12 Informace o životním pojištění PERSPEKTIVA a bod 12 Informace o životním pojištění NA PŘÁNÍ, též na www.koop.cz „Dokumenty k pojištění osob“.
²⁾ Jste-li zákonným zástupcem takové osoby (např. rodičem, nebo opatrovníkem), uveďte své jméno a příjmení a níže se podepište.

F. PŘILOŽENÉ DOKUMENTY¹⁾

<input type="checkbox"/> Fotokopie úmrtního listu	<input type="checkbox"/> Pitevní protokol	<input type="checkbox"/> Výpis z matriky	<input type="checkbox"/> Usnesení policie	<input type="checkbox"/> Doklad o ohledání mrtvého
<input type="checkbox"/> Zdravotnická dokumentace	<input type="checkbox"/> Propouštěcí zpráva	<input type="checkbox"/> Operační protokol	<input type="checkbox"/> Formulář Vo-118	<input type="checkbox"/> Formulář Vo-131
<input type="checkbox"/> Záznam policie nebo jiného státního orgánu o dopravní nehodě	<input type="checkbox"/> Jiné:			

¹⁾ Platnou variantu označte křížkem (platí i v ostatních případech s možností více variant).

G. ZMOCNĚNÍ PODLE ZÁKONA O POSKYTOVÁNÍ ZDRAVOTNÍCH SLUŽEB

Pojištěný udělil v souladu s § 2828 zákona č. 89/2012 Sb., občanský zákoník, souhlas pojistiteli, aby zjišťoval či ověřoval jeho 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 optů ze zdravotnické dokumentace, popř. z jiných zápisů, které se vztahují ke zdravotnímu stavu pojištěného; tento souhlas platí i po smrti pojištěného a vztahuje se i na zjištění příčiny jeho smrti. Dále pojištěný oprávnil k poskytnutí těchto informací správu sociálního zabezpečení.

Pojištěný zprostil 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 pojistiteli mlčenlivosti ve stejném rozsahu, v jakém je pojistitel oprávněn 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.

H. ZPRACOVÁNÍ OSOBNÍCH ÚDAJŮ

V této 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 příslušném dokumentu Informace o zpracování osobních údajů, 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 pojistitel 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 pojistitele 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 pojistitel na základě **oprávněného zájmu** pro účely zajištění řádného nastavení a plnění smluvních vztahů s pojistníkem a souvisejících vztahů s pojištěným, správy a ukončení pojistné smlouvy, likvidace pojistné události, zajištění a soupojištění, ochrany právních nároků pojistitele a prevence a odhalování pojistných podvodů a jiných protiprávních jednání. Proti takovému zpracování máte právo kdykoli podat námítku, která může být uplatněna způsobem uvedeným v příslušných informacích o zpracování osobních údajů.

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

Podpisem tohoto formuláře potvrzujete, že jste se důkladně seznámil(a) s příslušným dokumentem Informace o zpracování osobních údajů, zejména s rozsahem zpracovávaných údajů, právními základy (důvody), účely a dobou zpracování osobních údajů a právy, která Vám v této souvislosti náleží. Podpisem tohoto formuláře rovněž potvrzujete, že všechny údaje v tomto formuláři jste uvedl(a) úplně a pravdivě a že jejich případnou změnu oznámíte pojistiteli bez zbytečného odkladu. Dále potvrzujete, že jste si vědom(a) právních důsledků, které mohou mít neúplné nebo nepravdivé odpovědi na povinnost pojistitele poskytnout pojistné plnění.

V dne
2 0 2	Podpis oprávněné osoby	Podpis zákonného zástupce ³⁾ , není-li oprávněná osoba plně svéprávná	Jméno a příjmení/název ziskatele a jeho podpis	
Získatelské číslo	Osobní číslo spolupracovníka ziskatele	Telefon	E-mail	Zástupce pojistitele ověřil identifikační údaje a shodu podoby oprávněné osoby dle předloženého průkazu totožnosti.

I. ZPRÁVA LÉKAŘE

Informace pro lékaře

Odměnu za vyplnění této zprávy Vám uhradí oprávněná osoba uvedená v části C. formuláře. Prosíme o čitelné vyplnění všech údajů. Nestačí-li pro požadované údaje místo v předtisknutých kolonkách, uveďte je na samostatném listu, který přiložíte k tomuto formuláři.

Lékař potvrzuje, že pojištěný				
Rodné číslo ²⁾	Příjmení	Jméno	Titul	
země/ dne				
v		hodin		Místo úmrtí
Příčina úmrtí	<input type="checkbox"/> úraz	<input type="checkbox"/> nemoc	Kód diagnóz podle MKN-10	
Diagnózy (česky)				
Kdy byla lékařem poprvé diagnostikována nemoc, která byla příčinou smrti				
Další nemoci, které mají souvislost s úmrtím, vč. data určení jejich diagnóz lékařem				
Zdravotnické zařízení, ve kterém se pojištěný před smrtí léčil (název, adresa, klinika, oddělení, jména ošetřujících lékařů)				
Byl pojištěný hospitalizován v souvislosti s diagnózou, která byla příčinou smrti?				
<input type="checkbox"/> Ano <input type="checkbox"/> Ne		od do		
Ve kterém zdravotnickém zařízení?				
Došlo k úmrtí následkem požití alkoholu nebo aplikace omamných či toxických látek, nebo přípravků tyto látky obsahujících? <input type="checkbox"/> Ano <input type="checkbox"/> Ne				
Pokud ano, uveďte o jaký druh omamné či toxické látky pravděpodobně šlo				
V krvi bylo zjištěno , promile alkoholu				
Další údaje (vyplňte pouze, nastala-li smrt v důsledku úrazu)				
Datum	Čas	Místo úrazu		
.....	 hodin		
Uveďte okolnosti, za kterých k úrazu došlo (úrazový děj)				
Nastalo úmrtí pojištěného v důsledku úmyslného sebepoškození - sebevraždy? <input type="checkbox"/> Ano <input type="checkbox"/> Ne				
Jiná sdělení lékaře				
Název zdravotnického zařízení nebo jméno lékaře				
Ulice (místo), číslo popisné/orientační			Obec - dodací pošta	PSČ
Název oddělení			Číslo oddělení	Telefon

³⁾ U cizinců se zapisuje datum narození ve tvaru RRMMDD/9999.

Datum
2 0 2
Razítko a podpis lékaře	