



Žádost¹⁾ o pojistné plnění z pojištění osob k pojistné události z pojištění osob

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. OPRÁVNĚNÁ OSOBA

pojistník²⁾ pojištěný obmyšlený jiná osoba, jaká:

³⁾ Platnou variantu označte křížkem (platí i v ostatních případech s možností více variant).
²⁾ U cizinců se zapisuje datum narození ve tvaru RRRMMDD/9999.
³⁾ Je-li oprávněnou osobou osoba právnická, vyplní se pouze její IČO a název, pro identifikaci osob, které za ni jednájí, se použije zvláštní formulář Vo-118 „Identifikace a základní kontrola klienta - fyzické osoby“.
⁴⁾ Není-li vyplněno, platí státní občanství/stát narození/stát ČR.
⁵⁾ Je-li označeno křížkem Ano, vyplňte formulář Vo-118, blíže na www.koop.cz.
⁶⁾ Uvedením e-mailové adresy oprávněná osoba / zákonný zástupce souhlasí pro účely vyřizování této žádosti s komunikací prostřednictvím tohoto e-mailu.

Rodné číslo/IČO²⁾ _____ Příjmení/Název firmy³⁾ _____ Jméno _____ Titul _____
Jednatel - funkce _____ Příjmení _____ Jméno _____ Titul _____
 Jiné státní občanství než ČR, jaké? _____ Občanský průkaz ČR (číslo) nebo jiný průkaz (druh, číslo, vydávající orgán, stát) _____ Platnost průkazu do _____ Místo, stát narození⁴⁾ _____ Pohlaví Muž Žena
 Adresa pro účely vyřizování této žádosti _____ Ulice (místo), číslo popisné/orientační _____ Jste daňovým rezidentem (i) jiného státu než ČR? Kterého?⁵⁾ PEP⁶⁾ Ano Jiný stát než ČR, jaký, ZIP kód⁶⁾ _____
Obec – dodací pošta _____ PSČ _____
E-mail⁶⁾ _____ Mobilní telefon _____ Telefon _____

C. ŽÁDOST O POJISTNÉ PLNĚNÍ

Číslo pojistné smlouvy _____ ze dne _____
Invalidita 1. stupně 2. stupně 3. stupně _____ ode dne _____
 výplata invalidního důchodu zproštění od placení pojistného bonus v rámci investičního ŽP
Změny změna stupně invalidity změna stupně závislosti zdravotně postiženého dítěte
 Dřívější výplata pojistného plnění pro případ dožití z důvodu vzniku nároku na starobní důchod nároku na invalidní důchod invalidity nejvyššího stupně
 narození dítěte sňatek ostatní _____
 stipendium _____ doba výplaty _____ let _____ frekvence výplaty měsíčně čtvrtletně pololetně ročně

D. ŽÁDOST/DOPLNĚNÍ K POJISTNÉ UDÁLOSTI

Číslo pojistné události _____ ze dne _____
Trvalé následky úrazu: Žádost o lékařskou prohlídku o přešetření výše plnění _____ Úrazem poškozený úd, orgán nebo část těla _____
 přešetření výše plnění změna způsobu výplaty plnění (nové údaje uveďte v části E.)
 Identifikace / ověření totožnosti oprávněné osoby (údaje uveďte v části B) převzetí dodatečně vyžádaných dokladů (vyznačte v části F.)
 jiná žádost: _____

E. ZPŮSOB VÝPLATY PLNĚNÍ **Pojistné plnění poukažte na (uveďte pouze jednu z možností)**

Číslo účtu _____ Kód banky _____ Specifický symbol _____
 Adresu uvedenou v části B. Jinou adresu _____
 Jako mimořádné pojistné na pojistnou smlouvu č. _____ Specifický symbol⁷⁾ _____
Název fondu _____
 Jako běžné pojistné na pojistnou smlouvu č. _____

ZÁKONNÝ ZÁSTUPCE jako příjemce pojistného plnění pro nezletilou nebo nesvéprávnou osobu⁸⁾

F. PŘILOŽENÉ DOKUMENTY

Posudek o invaliditě Zdravotnická dokumentace Propouštěcí zpráva Operační protokol Lékařská zpráva
 Doklad o zdravotním postižení dítěte Fotokopie rodného / oddacího listu Výpis z matriky Rozhodnutí ČSSZ o starobním důchodu Usnesení policie
 Ostatní: _____

G. 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 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 pojišťitel na základě **oprávněného zájmu** pro účely zajištění řádného nastavení a plnění smluvních vztahů s pojištěním a souvisejících vztahů s pojištěným, správy a ukončení pojistné smlouvy, likvidace pojistné události, zajištění a soupojištění, ochrany právních nároků pojišťitele a prevence a odhalování pojistných podvodů a jiných protiprávních jednání. Proti takovému zpracování máte právo kdykoli podat námitku, která může být uplatněna způsobem uvedeným v příslušných Informacích o zpracování osobních údajů.

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

Podpísem tohoto formuláře potvrzujete, že jste se důkladně seznámil(a) s příslušným dokumentem Informace o zpracování osobních údajů, zejména s rozsahem zpracováváných údajů, právními základy (důvody), účely a dobou zpracování osobních údajů a právy, která Vám v této souvislosti náleží. Podpísem tohoto formuláře rovněž potvrzujete, že všechny údaje v tomto formuláři jste uvedl(a) úplně a pravdivě a že jejich případnou změnu oznámíte pojišťiteli bez zbytečného odkladu.

V dne ⁹⁾	Podpis oprávněné osoby			Podpis zákonného zástupce ⁹⁾ , není-li oprávněná osoba plně svéprávná		Jméno a příjmení/název ziskatele a jeho podpis
Ziskatelské číslo	Osobní číslo spolupracovníka ziskatele	Telefon	E-mail	Zástupce pojišťitele ověřil identifikační údaje a shodu podoby oprávněné osoby dle předloženého průkazu totožnosti.		
2 0 1						

⁹⁾ Účinky má jen žádost, kterou pojišťitel obdržel. Den obdržení žádosti pojišťitelem není vždy totožný se dnem jejího vyplnění (sepsání).

Zásady používání formuláře

- ▶ Tento formulář slouží k uplatnění práva na pojistné plnění z dále uvedených pojistných událostí a uplatnění dalších požadavků souvisejících s vyřizováním pojistných událostí z pojištění osob.
- ▶ Veškeré údaje se vyplňují hůlkovým písmem! Formulář podepisuje příslušná oprávněná osoba (pojištěník, pojištěný, obmyšlený) a je-li žádost oprávněné osoby uplatňována prostřednictvím ziskatele, musí být podepsána i ziskatelem s uvedením jeho jména, příjmení, ziskatelského čísla, kontaktu (telefon, e-mail). Je-li oprávněnou osobou osoba právnická, je třeba pro identifikaci osoby za ni jednající použít formulář Vo-118 „Identifikace a základní kontrola fyzické osoby.“
- ▶ Originál formuláře obdrží pojišťitel, pro oprávněnou osobu se vyhotoví fotokopie.
- ▶ Jsou-li k formuláři přikládány doklady, je třeba je k němu připevnit. Na fotokopii dokladu musí být čitelně uvedeno jméno a příjmení (otisk jmenovky) pracovníka pojišťitele, který fotokopii ověřil podle předloženého originálu dokladu, a datum jejího vyhotovení s podpisem (šifrou) pracovníka.
- ▶ Na tomto formuláři lze uplatnit právo na pojistné plnění z titulu
a) **invalidity a zproštění od placení pojistného**
(platí i pro příslušný bonus sjednaný v rámci investičního životního pojištění) – je třeba doložit:
 - > rozhodnutí příslušného orgánu státní správy - sociálního zabezpečení (ČSSZ, OSSZ, PSSZ) o invaliditě oprávněné osoby, v němž je uveden stupeň invalidity, a rozhodnutí o přiznání invalidního důchodu podle zákona č. 155/1995 Sb., o důchodovém pojištění, ve znění pozdějších předpisů, vznikl-li jí na tento důchod nárok,
 - > odborné lékařské zprávy nebo posudek o zdravotním stavu oprávněné osoby, na základě kterých byla rozhodnutí orgánů sociálního zabezpečení vydána,
 - > příčinu invalidity (diagnózu), stala-li se oprávněná osoba invalidní v čekací době, z dokladu musí být zřejmé, od kterého dne je oprávněná osoba invalidní, resp. od kdy jí byl přiznán invalidní důchod. Na tomto formuláři oprávněná osoba rovněž pojišťiteli oznámí každou změnu týkající se její invalidity (např. odebrání invalidního důchodu, změnu stupně invalidity).
- b) **péče o zdravotně postižené dítě** – je třeba doložit:
 - > doklad o zdravotním postižení dítěte, kterým se rozumí posudek příslušného orgánu státní správy o stanovení III. stupně závislosti (těžká závislost) nebo IV. stupně závislosti (úplná závislost) pojištěného dítěte nebo rozhodnutí o přiznání sociální dávky „příspěvek na péči“ podle zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů,
 - > odborné lékařské zprávy, na základě kterých byla tato rozhodnutí vydána,
 - > příčinu zdravotního postižení dítěte (diagnózu), vzniklo-li zdravotní postižení dítěte v době do 6 měsíců od počátku nebo změny pojištění.
- c) **dřívější výplaty pojistného plnění pro případ dožití** – je třeba doložit:
 - > rozhodnutí České správy sociálního zabezpečení o vzniku nároku oprávněné osoby na starobní důchod nebo invalidní důchod pro invaliditu nejvyššího stupně podle zákona o důchodovém pojištění, nebo
 - > rozhodnutí příslušného orgánu sociálního zabezpečení o tom, že oprávněná osoba je invalidní v nejvyšším stupni invalidity podle zákona o důchodovém pojištění (v případě, že oprávněné osobě nevznikl nárok na invalidní důchod podle tohoto zákona);
 - > dokladu musí být zřejmé, od kterého dne byl oprávněné osobě přiznán starobní nebo invalidní důchod, resp. odkdy je invalidní.
- d) **narození dítěte** – je třeba doložit fotokopii rodného listu dítěte, příp. výpis z matriky.

- e) **sňatku** – je třeba doložit fotokopii oddacího listu, příp. výpis z matriky.
- f) **výplaty stipendia** – v části C. je třeba uvést požadovanou dobu výplaty stipendia (volit lze z dob ujednaných v pojistné smlouvě) a frekvenci jeho výplaty (měsíčně, čtvrtletně, pololetně, ročně).

▶ Další požadavky související s vyřizováním pojistných událostí z pojištění osob

- a) trvalé následky úrazu
 - > žádost o lékařskou prohlídku za účelem stanovení rozsahu trvalých následků – je třeba doložit zprávu ošetřujícího lékaře, že trvalé následky jsou již ustáleny,
 - > žádost o přehodnocení rozsahu trvalých následků – je třeba doložit zdravotnickou dokumentaci, z níž vyplývá, že rozsah trvalých následků je větší, než jak bylo původně hodnoceno, resp. že došlo k jejich zhoršení;
- b) žádost o přehodnocení výše plnění z již vyřízené pojistné události – je třeba doložit nové skutečnosti, které mají vliv na stanovení rozsahu povinnosti pojišťitele plnit (např. lékařskou zprávou nebo jinou zdravotnickou dokumentací);
- c) žádost o změnu původně požadovaného způsobu výplaty plnění (poštovní poukázka, bankovní převod, úhrada pojistného z plnění);
- d) použití formuláře k identifikaci / ověření totožnosti oprávněné osoby (např. nebylo-li úplně vyplněno „Sdělení k výplatě pojistného plnění z titulu uplynutí pojistné doby – tzv. avízo dožítí“);
- e) použití formuláře jako průvodky při přebírání pojišťitelem dodatečně vyžádaných dokladů (např. propouštěcí zpráva z hospitalizace, operační protokol nebo jiná zdravotnická dokumentace).

▶ Na formuláři musí být vždy uvedena čísla pojistných smluv, kterých se požadavek týká, a dále jméno a rodné číslo oprávněné osoby (u právnické osoby identifikační číslo, její název a jméno osoby, která za ni jedná), její adresa a kontakt na tuto osobu (e-mail, telefon). U požadavků týkajících se pojistných událostí, které pojišťitel má již evidovány, je třeba uvést číslo pojistné události, příp. datum jejího vzniku.

▶ **Politicky exponovanou osobou (PEP)** se ve smyslu zákona č. 253/2008 Sb., o některých opatřeních proti legalizaci výnosů z trestné činnosti a financování terorismu, v platném znění, rozumí:

- a) fyzická osoba, která je nebo byla ve významné veřejné funkci s celostátním nebo regionálním významem, jako je zejména hlava státu, předseda vlády, vedoucí ústředního orgánu státní správy a jeho zástupce (náměstek, státní tajemník), člen parlamentu, člen řídicího orgánu politické strany, vedoucí představitel územní samosprávy, soudce nejvyššího soudu, ústavního soudu nebo jiného nejvyššího justičního orgánu, proti jehož rozhodnutí obecně až na výjimky nelze použít opravné prostředky, člen bankovní rady centrální banky, vysoký důstojník ozbrojených sil nebo sboru, člen nebo zástupce člena, je-li jím právnická osoba, statutárního orgánu obchodní korporace ovládané státem, velvyslanec nebo vedoucí diplomatické mise, anebo fyzická osoba, která obdobjem funkcí vykonává nebo vykonávala v jiném státě, v orgánu Evropské unie anebo v mezinárodní organizaci,
- b) fyzická osoba, která je
 1. osobou blízkou k osobě uvedené v písmenu a),
 2. společníkem nebo skutečným majitelem stejné právnické osoby, popřípadě svěřenského fondu nebo jiného právního uspořádání bez právní osobnosti, jako osoba uvedená v písmenu a), nebo je o ní povinně osobě známo, že je v jakémkoli jiném blízkém podnikatelském vztahu s osobou uvedenou v písmenu a), nebo
 3. skutečným majitelem právnické osoby, popřípadě svěřenského fondu nebo jiného právního uspořádání bez právní osobnosti, o kterých je povinně osobě známo, že byly vytvořeny ve prospěch osoby uvedené v písmenu a).