



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	<input type="checkbox"/> pojistník ²⁾ <input type="checkbox"/> pojištěný <input type="checkbox"/> obmyšlený <input type="checkbox"/> jiná osoba, jaká:		
¹⁾ Platnou variantu označte křížkem <input checked="" type="checkbox"/> (platí i v ostatních případech s možností více variant). ²⁾ U cizinců se zapisuje datum narození ve tvaru RRMMDD/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 <input checked="" type="checkbox"/> 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/IČO ³⁾ <input type="text"/> Příjmení/Název firmy ³⁾ <input type="text"/> Jméno <input type="text"/> Titul <input type="text"/>	Jednající - funkce <input type="text"/> Příjmení <input type="text"/> Jméno <input type="text"/> Titul <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Jiné státní občanství než ČR, jaké ⁴⁾ <input type="text"/> Občanský průkaz ČR (číslo) nebo jiný průkaz (druh, číslo, vydávající orgán, stát) <input type="text"/> Platnost průkazu do <input type="text"/> Místo, stát narození ⁴⁾ <input type="text"/> Pohlaví <input type="checkbox"/> Muž <input type="checkbox"/> Žena <input type="checkbox"/> Jste daňovým rezidentem (i) jiného státu než ČR? Kterého? ⁵⁾ <input type="checkbox"/> Ano <input type="checkbox"/> Ne <input type="checkbox"/> Jiný stát než ČR, jaký, ZIP kód ⁴⁾ <input type="text"/>
	Adresa pro účely vyřizování této žádosti <input type="text"/>	Ulice (místo), číslo popisné/orientační <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Jste daňovým rezidentem (i) jiného státu než ČR? Kterého? ⁵⁾ <input type="checkbox"/> Ano <input type="checkbox"/> Ne <input type="checkbox"/> Jiný stát než ČR, jaký, ZIP kód ⁴⁾ <input type="text"/>
	Obec – dodací pošta <input type="text"/>	PSČ <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Jste daňovým rezidentem (i) jiného státu než ČR? Kterého? ⁵⁾ <input type="checkbox"/> Ano <input type="checkbox"/> Ne <input type="checkbox"/> Jiný stát než ČR, jaký, ZIP kód ⁴⁾ <input type="text"/>
	E-mail ⁶⁾ <input type="text"/>	Mobilní telefon <input type="text"/>	Telefon <input type="text"/>
C. ŽÁDOST O POJISTNÉ PLNĚNÍ	Číslo pojistné smlouvy <input type="text"/>	Číslo pojistné smlouvy <input type="text"/>	Číslo pojistné smlouvy <input type="text"/>
	Invalidita <input type="checkbox"/> 1. stupně <input type="checkbox"/> 2. stupně <input type="checkbox"/> 3. stupně	ode dne <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> péče o zdravotně postižené dítě/invalidita dítěte <input type="text"/> ode dne <input type="text"/>
	<input type="checkbox"/> výplata invalidního důchodu	<input type="checkbox"/> zproštění od placení pojistného	<input type="checkbox"/> bonus v rámci investičního ŽP
	Změny <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> změna stupně invalidity	<input type="checkbox"/> změna stupně závislosti zdravotně postiženého dítěte
	<input type="checkbox"/> Dřívejší výplata pojistného plnění pro případ dožití z důvodu vzniku	<input type="checkbox"/> nároku na starobní důchod	<input type="checkbox"/> nároku na invalidní důchod <input type="checkbox"/> invalidity nejvyššího stupně
	<input type="checkbox"/> narození dítěte <input type="checkbox"/> sňatek <input type="checkbox"/> ostatní		
	<input type="checkbox"/> stipendium	doba výplaty <input type="text"/> let	frekvence výplaty <input type="checkbox"/> měsíčně <input type="checkbox"/> čtvrtletně <input type="checkbox"/> pololetně <input type="checkbox"/> ročně
	<input type="checkbox"/> stomatologická péče <input type="checkbox"/> nákup nebo pronájem prostředků zdravotnické techniky (PZT)		
	Důvod poskytnutí stomatologické péče nebo předepsání PZT <input type="text"/>	Název (kód) zdravotní pojišťovny <input type="text"/>	
	Částka vynaložených nákladů v Kč <input type="text"/>	Datum úhrady nákladů <input type="text"/>	
D. ŽÁDOST/DOPLNĚNÍ K POJISTNÉ UDÁLOSTI	Číslo pojistné události <input type="text"/>	ze dne <input type="text"/>	
	Trvalé následky úrazu: Žádost <input type="checkbox"/> o lékařskou prohlídku <input type="checkbox"/> o přešetření výše plnění	Úrazem poškozený úd, orgán nebo část těla <input type="text"/>	
	<input type="checkbox"/> přešetření výše plnění	<input type="checkbox"/> změna způsobu výplaty plnění (nové údaje uveďte v části E)	
	<input type="checkbox"/> Identifikace / ověření totožnosti oprávněné osoby (údaje uveďte v části B)	<input type="checkbox"/> převzetí dodatečně vyžádaných dokladů (vyznačte v části F)	
	<input type="checkbox"/> jiná žádost: <input type="text"/>		
E. ZPŮSOB VÝPLATY PLNĚNÍ	Pojistné plnění poukažte na (uveďte pouze jednu z možností)		
	<input type="checkbox"/> Číslo účtu <input type="text"/>	Kód banky <input type="text"/>	Specifický symbol <input type="text"/>
	<input type="checkbox"/> Adresu uvedenou v části B. <input type="checkbox"/> Jinou adresu <input type="text"/>		
	<input type="checkbox"/> Jako mimořádné pojistné na pojistnou smlouvu č. <input type="text"/>	Specifický symbol ⁷⁾ <input type="text"/>	
	Název fondu <input type="text"/>		
	<input type="checkbox"/> Jako běžné pojistné na pojistnou smlouvu č. <input type="text"/>		
⁷⁾ Viz Informace pro klienta, též na www.koop.cz. ⁸⁾ Jste-li zákonným zástupcem takové osoby (např. rodičem, nebo opatrovníkem), uveďte své jméno a příjmení a níže se podepište.	ZÁKONNÝ ZÁSTUPCE jako příjemce pojistného plnění pro nezletilou nebo nesvéprávnou osobu ⁸⁾		
F. PŘILOŽENÉ DOKUMENTY	<input type="checkbox"/> Posudek o invaliditě <input type="checkbox"/> Zdravotnická dokumentace <input type="checkbox"/> Propouštěcí zpráva <input type="checkbox"/> Operační protokol <input type="checkbox"/> Lékařská zpráva <input type="checkbox"/> Doklad o zdravotním postižení dítěte <input type="checkbox"/> Fotokopie rodného / oddacího listu <input type="checkbox"/> Výpis z matriky <input type="checkbox"/> Rozhodnutí ČSSZ o starobním důchodu <input type="checkbox"/> Usnesení policie <input type="checkbox"/> Ostatní: <input type="text"/>		

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 pojišťitel 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 pojištětele 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 pojištěním, správy a ukončení pojistné smlouvy, likvidace pojistné události, zajištění a soupojištění, ochrany právních nároků pojištětele 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 pojišťitel také na základě a pro účely **plnění zákonných povinností**, které se na pojištětele 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 pojišťiteli bez zbytečného odkladu.

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

^{*)} Účinky má jen žádost, kterou pojišťitel obdržel. Den obdržení žádosti pojištěтелем 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 (pojistník, 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 jednajících 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 pojištětele, 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 (CSSZ, 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); z 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),
- g) **stomatologické péče, nákupu nebo pronájmu prostředků zdravotnické techniky** – z pojistných smluv Komerčního zdravotního pojištění; je třeba doložit originály účtů o vynaložených nákladech.

► Další požadavky související s vyřizováním pojistných událostí

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 přešetření 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 přešetření výše plnění z již vyřízené pojistné události – je třeba doložit nové skutečnosti, které mají vliv na stanovení rozsahu povinnosti pojištětele 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 dožití“);

e) použití formuláře jako průvodky při přebírání pojištěтелем 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 vynosů 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 obdobnou funkci 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 povinné osobě známo, že je v jakémkoliv 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 povinné osobě známo, že byly vytvořeny ve prospěch osoby uvedené v písmenu a).