



## Oznámení/hlášení pojistné události - úmrtí

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 E.** – uplatňuje-li právo na pojistné plnění **více oprávněných osob, vyplní každá z nich tyto části na samostatném formuláři** (bez jejich úplného vyplnění včetně podpisů pod částí G. nelze poskytnout pojistné plnění) – a **část H. předejte k vyplnění ošetřujícímu lékaři pojištěného**. Část H. Zpráva lékaře se vyplňuje, zemře-li pojištěný do 2 let od počátku pojištění (u pojistných událostí z pojištění FLEXI), resp. do 5 let od počátku pojištění (u pojistných událostí z ostatních pojištění) - uplatňuje-li právo na pojistné plnění více osob, vyplnění této části lékařem 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.**

### 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 <sup>1)</sup>  | 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 <sup>2)</sup> |       |

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

### C. OSOBA, KTERÁ UPLATŇUJE PRÁVO NA POJISTNÉ PLNĚNÍ (IDENTIFIKOVANÁ OSOBA)

|  |  |  |  |
|--|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> obmyslený (osoba určená v pojistné smlouvě pro případ smrti pojištěného <sup>1)</sup> ) | <input type="checkbox"/> pojistník (zemře-li dítě)   | <input type="checkbox"/> zákonný zástupce obmysleného - doloží identifikační údaje zastoupeného, např. rodný list dítěte               | <input type="checkbox"/> fyzická osoba (zmocněnec) - doloží plnou moc s úředně ověřeným podpisem zmocnitele (obmysleného), nebo její úředně ověřenou kopii |
| <input type="checkbox"/> právnická osoba <sup>2)</sup>   | <input type="checkbox"/> jiná osoba - doloží vztah k pojištěnému či obmyslenému a kopii dokumentu, který zakládá její nárok na pojistné plnění |  |  |
| Rodné číslo/IČO <sup>3)</sup>  | Příjmení/Název firmy <sup>3)</sup>   | Jméno  | Titul  |
| <input type="checkbox"/> Jiné státní občanství než ČR, jaké <sup>4)</sup>  | Občanský průkaz ČR (číslo) nebo jiný průkaz (druh, číslo, vydávající orgán, stát)  | Platnost průkazu do  | Místo, stát narození <sup>5)</sup>   |
| <input type="checkbox"/> Pohlaví <input type="checkbox"/> Muž <input type="checkbox"/> Žena                      | <input type="checkbox"/> Jste daňovým rezidentem (i jiného státu než ČR? Ano Kterého? <sup>6)</sup>  | <input type="checkbox"/> Jste politicky exponovaná osoba (PEP)? <sup>7)</sup> <input type="checkbox"/> Ano <input type="checkbox"/> Ne |  |
| Kontaktní adresa   | Ulice (místo), číslo popisné/orientační  | PSČ  | <input type="checkbox"/> Jiný stát než ČR, jaký, ZIP kód <sup>2)</sup>   |
| Obec – dodací pošta  |  | Mobilní telefon  | Telefon  |
| E-mail <sup>8)</sup>   |  |  |  |
| <b>Obmyslený<sup>9)</sup></b>  |  |  |  |
| Rodné číslo <sup>1)</sup>  | Příjmení   | Jméno  | Titul  |
| Ulice (místo), číslo popisné/orientační  |  | Obec - dodací pošta  | PSČ  |
|  |  | Stát trvalého bydliště   |  |

<sup>1)</sup> Není-li obmyslený v pojistné smlouvě určen, vznikne právo na pojistné plnění osobám v pořadí daném zákonem, tj. manžel pojištěného, děti pojištěného, rodiče pojištěného...

<sup>2)</sup> Je-li oprávněnou osobou osoba právnická, vyplní se pouze její IČO a název a pro identifikaci osob, které za ni jednájí, se použije formulář Vo-131/7672 (Z 6111) „Identifikace a základní kontrola klienta - právnické osoby“.

<sup>3)</sup> Není-li vyplněno, platí státní občanství/stát narození/stát ČR.  
<sup>4)</sup> Je-li označeno křížkem  Ano, vyplňte formulář Vo-118/7670 (Z 6110) „Identifikace a základní kontrola klienta - fyzické osoby“, blíže na www.koop.cz.

<sup>5)</sup> Uvedením e-mailové adresy oprávněná osoba / zákonný zástupce souhlasí pro účely vyřizování této pojistné události s komunikací prostřednictvím tohoto e-mailu.  
<sup>6)</sup> Údaje o obmysleném uveďte pouze v případě, že není zároveň osobou, která uplatňuje právo na pojistné plnění.

### 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 <sup>10)</sup> <input type="checkbox"/> smrt z jiné příčiny, jaké: <sup>11)</sup> |   |                        |
| 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  |   |                        |

<sup>10)</sup> Doložte kopii úmrtího listu a doklad s uvedením příčiny úmrtí. Bylo-li úmrtí šetřeno policií, doložte kopii protokolu z tohoto šetření nebo usnesení policie.

<sup>11)</sup> Doložte kopii úmrtího listu. V případě úmrtí do dvou let od počátku pojištění doložte kopie zdravotnické dokumentace týkající se příznaků, vyšetření a nálezů, na jejichž základě byla diagnóza stanovena, a kopie zdravotnické dokumentace týkající se předchozích příznaků, které byly v příčině souvislosti s tímto onemocněním.

### E. ZPŮSOB VÝPLATY PLNĚNÍ

|   |                                  |                   |  |
|---|----------------------------------|-------------------|--|
| <b>Pojistné plnění / nespotřebované pojistné / přeplatek pojistného poukažte na (uveďte pouze jednu z možností)</b> |                                  |                   |  |
| <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.  | Specifický symbol <sup>12)</sup> |                   |  |
| Název fondu   |                                  |                   |  |
| <input type="checkbox"/> Jako mimořádné pojistné na účet číslo  | Kód banky                        | Variabilní symbol |  |
| <input type="checkbox"/> Jako běžné pojistné na pojistnou smlouvu č.  |                                  |                   |  |
| <input type="checkbox"/> Jako běžné pojistné na účet číslo  | Kód banky                        | Variabilní symbol |  |

Nebudou-li správně a úplně vyplněny údaje v části B. a C. nebo část s podpisy a údaji o získateli (pod částí G.) a pojistné plnění převyšší 1 000 EUR, může být zasláno na účet České spořitelny, a.s. (tzv. sběrný účet) a identifikace příjemce plnění bude provedena při jeho výplatě na pobočce České spořitelny.

<sup>12)</sup> Viz Informace pro klienta, též na www.koop.cz.

## F. ZMOCNĚNÍ PODLE ZÁKONA O POSKYTOVÁNÍ ZDRAVOTNÍCH SLUŽEB

Pojištěný uděluje 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 opisů 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 opravňuje k poskytnutí těchto informací svého zaměstnavatele.

Pojištěný zproštuje 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.

## 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](http://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, resp. jeho odesláním 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. Jste-li zákonným zástupcem nezletilého, který má nárok na pojistné plnění, prohlašujete, že jste plně svéprávný(á) a že jste nebyl(a) soudem zbaven(a) své rodičovské odpovědnosti ani omezen(a) v jejím výkonu. Dále prohlašujete, že jste si vědom(a), že pojistné plnění přebíráte ve prospěch nezletilého.

|  |   |   |   |  |
|--|---|---|---|--|
| V<br>dne                                     | Podpis osoby uvedené v části C.                                 | Podpis zákonného zástupce,<br>není-li osoba uvedená v části C. plně svéprávná | Jméno, příjmení/název zástupce pojistitele (získatele)<br>a jeho podpis |  |
| Získatelské číslo/Identifikace partnera (HR) | Osobní číslo spolupracovníka získatele<br>/Identifikace poradce | Telefon   | E-mail  | Zástupce pojistitele (získatel) ověřil iden-<br>tifikační údaje a shodu podoby oprávněné<br>osoby dle předloženého průkazu totožnosti. |

## H. 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 přiložte k tomuto formuláři.

|   |                               |                                |                          |
|---|-------------------------------|--------------------------------|--------------------------|
| Lékař potvrzuje, že pojištěný   |                               |                                |                          |
| Rodné číslo <sup>1)</sup>   | Příjmení                      | Jméno                          | Titul                    |
| zemřel 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)  |                               |                                |                          |
| 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 <input type="checkbox"/> 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)  |                               |                                |                          |
| Datum prvního lékařského ošetření   |                               |                                |                          |
| Nastalo úmrtí pojištěného v důsledku úmyslného sebepoškození - sebevraždy? <input type="checkbox"/> Ano <input type="checkbox"/> Ne   |                               |                                |                          |
| Jiná sdělení lékaře   |                               |                                |                          |
| Název poskytovatele zdravotních služeb nebo jméno lékaře  |                               |                                |                          |
| Ulice (místo), číslo popisné/orientační   |                               | Obec - dodací pošta            | PSČ                      |

<sup>1)</sup> U cizinců se zapisuje datum narození ve tvaru RRRMDD/9999.

Datum

20

Razítko a podpis lékaře