



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

²⁾ Platnou variantu označte křížkem (platí i v ostatních případech s možností více variant).
³⁾ U cizinců se zapíše datum narození ve tvaru RRRMDD/9999.
⁴⁾ Je-li oprávněnou osobou osoba právnická, vyplní se pouze její IČO a název, pro identifikaci osob, které za ni jednájí, se použije formulář Vo-118/7670 (Z 6110) „Identifikace a základní kontrola klienta - fyzické osoby“.
⁵⁾ Nemí-li vyplněno, platí státní občanství/stát narození/stát ČR.
⁶⁾ Je-li označeno křížkem Ano, vyplňte formulář Vo-118/7670 (Z 6110), bližší na www.koop.cz.
⁷⁾ Uvedením e-mailové adresy oprávněná osoba / zákonný zástupce souhlasí pro účely vyřizování této žádosti s komunikací prostřednictvím tohoto e-mailu.

pojistník) pojištěný obmyšlený jiná osoba, jaká:

| | | | |
|--|---|---|--|
| Rodné číslo/IČO ²⁾ | Příjmení/Název firmy ³⁾ | Jméno | Titul |
| Jednatel - funkce | Příjmení | Jméno | Titul |
| <input type="checkbox"/> Jiné státní občanství než ČR, jaké) | Občanský průkaz ČR (číslo) nebo jiný průkaz (druh, číslo, vydávající orgán, stát) | Platnost průkazu do | Místo, stát narození ⁴⁾ |
| Adresa pro účely vyřizování této žádosti | | <input type="checkbox"/> Jste daňovým rezidentem (i jiného státu než ČR? Kterého?) Ano | Jste politicky exponovaná osoba (PEP)? Ano Ne |
| Obec - dodací pošta | PSČ | <input type="checkbox"/> Jiný stát než ČR, jaký, ZIP kód ⁵⁾ | |
| E-mail ⁶⁾ | Mobilní telefon | Telefon | |

C. ŽÁDOST O POJISTNÉ PLNĚNÍ

| | | | |
|--|------------------------|----------------------------------|--|
| Číslo pojistné smlouvy | Číslo pojistné smlouvy | Číslo pojistné smlouvy | Číslo pojistné smlouvy |
| <input type="checkbox"/> Dřívější 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 | dobu výplaty | 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 | | Název (kód) zdravotní pojišťovny | |
| Částka vynaložených nákladů v Kč | | Datum úhrady nákladů | |

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:

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.

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 námitek 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 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 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. Jste-li zákonným zástupcem nezletilého, který má nárok na pojistné plnění, prohlašujete, že jste plně svéprávný(a) 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 dne ⁹⁾ 2 0 | Podpis oprávněné osoby | Podpis zákonného zástupce ⁹⁾ , není-li oprávněná osoba plně svéprávná | Jméno, příjmení/název zástupce pojištětele (získatele) a jeho podpis | |
| Získatelské číslo | Osobní číslo spolupracovníka získatele | Telefon | E-mail | Zástupce pojištětele (získatele) ověřil identifikační údaje a shodu podoby oprávněné osoby dle předloženého průkazu totožnosti. |

⁹⁾ 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 (pojišťitel, pojištěný, obmyšlený) a je-li žádost oprávněné osoby uplatňována prostřednictvím získatele, musí být podepsána i získatelem s uvedením jeho jména, příjmení, získatelského čísla, kontaktu (telefon, e-mail). Je-li oprávněnou osobou osoba právnická, je třeba pro identifikaci osoby za ni jednajícím použít formulář Vo-118/7670 (Z 6110) „Identifikace a základní kontrola klienta - 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) **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.
b) **narození dítěte** – je třeba doložit fotokopii rodného listu dítěte, příp. výpis z matriky.
c) **sňatku** – je třeba doložit fotokopii oddacího listu, příp. výpis z matriky.
d) **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),
e) **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 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 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 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 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 svěrenského fondu nebo jiného právního uspořádání bez právní osobnosti, jako osoba uvedená v písmenu a), nebo je o ní povinně osobě známo, že je v jakémkoliv jiném blízkém podnikatelském vztahu s osobou uvedenou v písmenu a), nebo
3. skutečným majitelem právnické osoby, popřípadě svěrenského fondu nebo jiného právního uspořádání bez právní osobnosti, o kterých je povinně osobě známo, že byly vytvořeny ve prospěch osoby uvedené v písmenu a).