



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.

## Hlášení pojistné události – úmrtí (pro rámcové smlouvy)

**Z3029**

Poučení: Ke každé pojistné události vyplňte pouze jedno hlášení pojistné události. **Věnujte pozornost především kompletnímu vyplnění první a druhé části formuláře včetně podpisu na jejím konci.** Nestačí-li vám místo ve formuláři, pokračujte dále na samostatném listu papíru. Třetí část formuláře předložte k vyplnění ošetřujícímu lékaři zemřelé osoby. Poplatek za vyplnění formuláře lékařem hradí oprávněná osoba.

**Kompletním vyplněním celého formuláře a doložením veškerých požadovaných dokladů přispějete k rychlé likvidaci pojistné události.**

**V případě jakýchkoliv dotazů se obraťte na informační linku 957 105 105 (ve všední dny od 8 do 18 hodin).**

### Požadované doklady:

- ověřená kopie úmrtního listu (může ověřit pracovník Kooperativy, pracovník České spořitelny, a.s., nebo notář, matrika apod.).
- sdělení lékaře o příčině úmrtí nebo kopie pitevního protokolu.
- v případě úmrtí následkem úrazu protokol vyšetřování od Policie ČR.

### ČÁST 1. – POJIŠTĚNÍ

Číslo všech pojistných smluv, ze kterých hlásíte pojistnou událost

_____	_____	_____
-------	-------	-------

#### Pojištěná osoba, které se stala pojistná událost

Jméno, příjmení, titul

\_\_\_\_\_

Rodné číslo

\_\_\_\_\_

Jméno, příjmení, adresa a telefon praktického lékaře, u kterého je vedena kompletní zdravotní dokumentace pojištěného

\_\_\_\_\_

Datum pojistné události (datum úmrtí)

\_\_\_\_\_

Zmocňuji pojišťovnu a souhlasím, aby vinkulační partner ke své žádosti za účelem likvidace pojistné události poskytl veškeré informace a údaje nutné k likvidaci této pojistné události. Rozumím se jimi např. údaje o výši zůstatku úvěru k datu pojistné události, výši měsíční splátky, včetně pojistného a poplatku za vedení úvěrového účtu, údaje o čerpání či doplacení úvěru, číslo účtu, na které má být zasláno pojistné plnění.

#### Potvrdí subjekt, v jehož prospěch je zajištění závazku sjednáno

Přesný název subjektu

\_\_\_\_\_

Číslo úvěrové smlouvy

Celková výše poskytnutého úvěru

\_\_\_\_\_ Kč

Zůstatek úvěru (jistina + úroky + poplatky za vedení účtu) k datu pojistné události po odečtení neuhrazených splátek úvěru splatných před datem vzniku pojistné události

Splátka úvěru k datu pojistné události

\_\_\_\_\_ Kč

Byl úvěr k dnešnímu dni splacen? ANO  NE

Ověřil/a za subjekt, v jehož prospěch je zajištění závazku sjednáno

Jméno, příjmení

Telefon

\_\_\_\_\_

Číslo pobočky

Osobní číslo

\_\_\_\_\_

Datum

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ podpis

## ČÁST 2. – OSOBA, KTERÁ UPLATŇUJE NÁROK NA POJISTNÉ PLNĚNÍ V PŘÍPADĚ, ŽE NENÍ V POJISTNÉ SMLOUVĚ SJEDNÁNA VÝPLATA PLNĚNÍ NA ÚVĚROVÝ ÚČET KLIENTA

Právo na pojistné plnění může uplatnit pouze oprávněná osoba a jen takové osobě pojišťovna poskytne pojistné plnění. V této části formuláře uveďte údaje oprávněné osoby dle níže popsanych pravidel:

**Pro klienty Stavební spořitelny České spořitelny, a.s., klienty, kteří mají spotřebitelský úvěr na bydlení od České Spořitelny, a.s., a také pro klienty, kteří po 17. 7. 2017 přistoupili k pojištění k hotovostním úvěrům nebo k pojištění vyčerpané částky je obmyšleným vždy pojistník a případné pojistné plnění pro případ úmrtí pojištěného je vždy poukázáno přímo pojistníkovi (obmyšlené osobě).**

**V případě úmrtí pojištěného je u ostatních smluv oprávněnou osobou obmyšlený nebo u smluv sjednaných před 1. 1. 2005 osoba uvedená na pojistné smlouvě jako oprávněná. Není-li taková osoba určena, vznikne právo osobám určeným zákonem v posloupnosti manžel nebo manželka pojištěného, děti pojištěného, rodiče pojištěného atd. Je-li oprávněnou osobou nezletilé dítě, je příjemcem plnění jeho zákonný zástupce, není-li v pojistné smlouvě ujednáno jinak. Zákonný zástupce musí doložit identifikační údaje zastoupeného (např. kopii občanského průkazu se zapsáním údajů zastoupeného, popř. kopii rodného listu zastoupeného).**

Výplatu pojistného plnění poukážte obmyšlenému.

### Obmyšlený:

Jméno, příjmení, titul

RODNÉ ČÍSLO

MÍSTO, STÁT NAROZENÍ

POHLAVÍ  žena  muž

STÁTNÍ OBČANSTVÍ

E-MAIL

TELEFON

Kontaktní adresa

Ulice

Č.p.

PSČ

Obec

Stát

Vztah k pojištěnému, na jehož základě uplatňujete pojistné plnění

obmyšlený  ostatní osoby – uveďte: \_\_\_\_\_

Jste politicky exponovaná osoba (PEP)?\*  ANO  NE

\* V případě, že jste politicky exponovanou osobou, je nutné vyplnit i formulář Identifikace a základní kontrola klienta – fyzické osoby (Z7110).

Obmyšlená osoba  je daňovým rezidentem jiného státu než ČR, kterého \_\_\_\_\_

DIČ (daňové identifikační číslo) \_\_\_\_\_

Je-li obmyšlená osoba daňovým rezidentem jiného státu než ČR ve smyslu zákona č. 164/2013 Sb., o mezinárodní spolupráci při správě daní, je nutné přiložit k hlášení pojistné události vyplněný formulář Prohlášení o daňovém rezidentství. Formulář je k dispozici na [www.koop.cz](http://www.koop.cz).

**Výplata plnění** - Pro klienty Stavební spořitelny České spořitelny, a.s., klienty, kteří mají spotřebitelský úvěr na bydlení od České Spořitelny, a.s., a také pro klienty, kteří po 17. 7. 2017 přistoupili k pojištění k hotovostním úvěrům nebo k pojištění vyčerpané částky zvolte vždy „Na úvěrový účet“.

**Na úvěrový účet** - číslo účtu \_\_\_\_\_

V případě, že úvěrový účet zanikl, bude dořešeno mezi pojistníkem a pojišťovnou.

**Na účet klienta**  **vedený v ČR** - číslo účtu \_\_\_\_\_

**vedený v zahraničí** - v případě zvolení účtu v zahraničí je nutné přiložit tiskopis Příkaz k provedení platby Výplata klienta do zahraničí

Prohlašuji, že jsem na všechny dotazy odpověděl/a pravdivě a úplně. Jsem si vědom/a právních důsledků neúplných nebo nepravdivých odpovědí na vaši povinnost plnit.

Poskytuji souhlas s elektronickou komunikací (např. e-mail, SMS) týkající se šetření pojistné události. Ke komunikaci mohou být využity kontakty, které jsem uvedl/a v tomto hlášení pojistné události.

**!** Elektronická komunikace není zabezpečena a pojišťovna nemůže zaručit ochranu jejího obsahu před neoprávněným přístupem třetích stran.

### ZPRACOVÁNÍ OSOBNÍCH ÚDAJŮ

V následující 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 Informačním listu o ochraně osobních údajů pro rámcové pojistné smlouvy, který je trvale dostupný na webové stránce [www.koop.cz](http://www.koop.cz) v sekci „O pojišťovně Kooperativa“.

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

Osobní údaje oprávněné osoby a osoby uplatňující nárok na pojistné plnění jsou zpracovávány:

- na základě oprávněného zájmu pojišťovny spočívajícího v zajištění řádné likvidace pojistných událostí,
- na základě oprávněného zájmu pojišťovny spočívajícího v ochraně před neoprávněnými či protiprávními nároky, konkrétně za účelem ochrany právních nároků pojišťovny a předcházení podvodům a jejich vyšetřování,
- ke splnění své zákonné povinnosti vyplývající ze zákona č. 253/2008 Sb., o některých opatřeních proti legalizaci výnosů z trestné činnosti a financování terorismu.

Osoba uplatňující nárok na pojistné plnění se podpisem tohoto formuláře zavazuje informovat oprávněnou osobu, v jejíž prospěch má být pojistné plnění vyplaceno, o zpracování jejích osobních údajů.

V \_\_\_\_\_ dne \_\_\_\_\_

Jméno, příjmení

podpis osoby, která uplatňuje nárok na pojistné plnění

### ČÁST 3. - LÉKAŘSKÁ ZPRÁVA

Tuto část formuláře je nutné předložit k vyplnění ošetřujícímu lékaři pojištěného v případě úmrtí.  
Nestačí-li místo ve formuláři, pokračujte na samostatném listu papíru.  
Poplatek za vyplnění formuláře lékařem hradí oprávněná osoba.

#### Pojištěná osoba

Jméno, příjmení, titul

Rodné číslo

#### Příčina úmrtí

Nemoc

Název diagnózy (v příčinné souvislosti s úmrtím)	Dle MKN10	Datum prvního stanovení diagnózy
1.		
2.		
3.		
4.		

Uveďte příznaky, vyšetření a nálezy, na základě kterých byla stanovena diagnóza.

Úraz

Název diagnózy \_\_\_\_\_ Dle MKN10 \_\_\_\_\_  
Datum úrazu \_\_\_\_\_ Datum prvního lékařského ošetření \_\_\_\_\_  
Jak se úraz stal? \_\_\_\_\_

Byl pojištěný v době úrazu pod vlivem alkoholu či jiných návykových látek? ANO  NE  Pokud ano, uveďte % alkoholu \_\_\_\_\_ %  
Uveďte hladinu a způsob měření návykové látky \_\_\_\_\_

Byl příčinou úrazu pokus o sebevraždu nebo sebepoškození? ANO  NE

**V případě onemocnění** jsou nezbytnou přílohou této lékařské zprávy 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 příčinné souvislosti s tímto onemocněním.

Lékař potvrzuje, že ošetřoval pojištěného, který je uveden v první části tohoto formuláře, a podle ustanovení zákona č. 89/2012 Sb., občanský zákoník, uvedl veškeré jemu dostupné informace týkající se předmětného úrazu či onemocnění.

V \_\_\_\_\_ dne \_\_\_\_\_  
razítko a podpis lékaře

### ČÁST 4. - POUČENÍ

Podmínkou pro zahájení likvidace pojistné události je úplné vyplnění všech částí formuláře a přiložení všech ve formuláři uvedených a požadovaných příloh. V případě neúplného vyplnění či chybějících příloh bude oprávněná osoba vyzvána, aby před zahájením likvidace na vlastní náklady doplnila chybějící údaje či přílohy.

### ČÁST 5. - IDENTIFIKACE PŘÍJEMCE PLNĚNÍ

Dle zákona č. 253/2008 Sb., o některých opatřeních proti legalizaci výnosů z trestné činnosti a financování terorismu, je povinností provést identifikaci příjemce plnění. Identifikace příjemce plnění se provádí na formuláři Identifikace a základní kontrola klienta – fyzické osoby (Z7110).

Identifikaci příjemce plnění je třeba provést v případě splnění některé z níže uvedených podmínek:

- pojistné plnění převyšuje 1 000 EUR,
- klient je PEP,
- nebo splňuje jinou podmínku dle uvedeného zákona.