



Oznámení pojistné události - ošetřování

Na tomto formuláři lze uplatnit právo na pojistné plnění za ošetřování pojištěného. **Vyplňte částí B. až F.** – bez jejich úplného vyplnění včetně podpisu nelze poskytnout pojistné plnění. V části D. uveďte čísla všech smluv, jimiž jste u pojistitele pojištěn(a) pro případ pojistné události, za kterou uplatňujete nárok, a **předejte k vyplnění části I. svému lékaři. Náklady spojené s vyplněním zprávy lékaře pojistitel nehradí.** Doložte kopie lékařských zpráv z průběhu léčení úrazu nebo nemoci. V případě, že uplatňujete nárok na pojistné plnění za ošetřování při doprovodu v nemocnici nebo jiném zdravotnickém zařízení, doložte kopii propouštěcí zprávy a potvrzení doby pobytu doprovodu nemocnicí nebo zdravotnickým zařízením, ve kterém pojištěný pobýval. Uplatňujete-li nárok na pojistné plnění za ošetřování dítěte ze smluv životního pojištění PERSPEKTIVA 7 BN nebo životního pojištění NA PRÁNI, přiložte kopii úplně vyplněného II. dílu tiskopisu ČSSZ „Rozhodnutí o potřebě ošetřování (péče)” nebo jiného formuláře ČSSZ.

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

¹⁾ U cizinců se zapisuje datum narození ve tvaru RR/MM/DD/9999.
²⁾ Není-li vyplněno, platí stát ČR/státní občanství ČR/daňový rezident ČR.
³⁾ Uvedením e-mailové adresy osoba uvedená v části B. nebo C., pokud uplatňuje právo na pojistné plnění, souhlasí pro účely vyřizování této pojistné události s komunikací prostřednictvím tohoto e-mailu.
⁴⁾ Platnou variantu označte křížkem (platí i v ostatních případech s možností více variant).
⁵⁾ Je-li označeno křížkem považuje se osoba za politicky exponovanou (PEP) ve smyslu zákona č. 253/2008 Sb. a je třeba na formuláři Vo-118/7670 (Z 7110) „Identifikace a kontrola klienta“ identifikovat osobu, která uplatňuje právo na pojistné plnění.

Rodné číslo ¹⁾	Příjmení	Jméno	Titul
Kontaktní adresa	Ulice (místo), číslo popisné/orientační		
Obec - dodací pošta	PSČ	Jiný stát než ČR? Jaký, ZIP kód?	<input type="checkbox"/> Ano ²⁾
E-mail ³⁾	Mobilní telefon	Telefon	
Jiný státní občanství než ČR? <input type="checkbox"/> Ano ²⁾ Jaké?	Jiný místo, stát narození než ČR? <input type="checkbox"/> Ano ²⁾ Jaké?	Jiný místo, stát trvalého pobytu než ČR? <input type="checkbox"/> Ano ²⁾ Jaké?	
Pohlaví ⁴⁾ <input type="checkbox"/> Muž <input type="checkbox"/> Žena	Jste politicky exponovaná osoba (PEP)? <input type="checkbox"/> Ano ²⁾ Pokud není označeno křížkem <input checked="" type="checkbox"/> , platí, že nejste PEP.	Jste daňovým rezidentem (i) jiného státu než ČR? Kterého? DÍČ: <input type="checkbox"/> Ano ²⁾	

C. OSOBA, KTERÁ UPLATŇUJE PRÁVO NA POJISTNÉ PLNĚNÍ

Tato osoba vždy vyplní i údaje o pojištěném v části B. Pokud je sama pojištěným, tuto část nevyplňuje a vyplní pouze část B.

Je-li osoba (zástupce), která uplatňuje právo na pojistné plnění, osobou právníkou, vyplní v části C. identifikační údaje osoby, která za právníkou osobu jedná, doloží oprávnění k jednání za právníkou osobu a doloží identifikační údaje právníké osoby ve smyslu zákona č. 253/2008 Sb.

<input type="checkbox"/> zákonný zástupce pojištěného dítěte, který nebyl soudem zbaven své rodičovské odpovědnosti ani omezen v jejím výkonu	<input type="checkbox"/> opatrovník (doloží pravomocné rozhodnutí soudu o ustanovení opatrovníkem)		
<input type="checkbox"/> zmocněnec (doloží plnou moc nebo její kopii s úředně ověřeným podpisem zmocnitele k zastupování ve věci vyřízení pojistné události)	<input type="checkbox"/> jiná osoba (doloží kopii dokumentu, který zakládá její nárok na pojistné plnění)		
Rodné číslo ¹⁾	Příjmení	Jméno	Titul
Kontaktní adresa	Ulice (místo), číslo popisné/orientační		
Obec - dodací pošta	PSČ	Jiný stát než ČR? Jaký, ZIP kód?	<input type="checkbox"/> Ano ²⁾
E-mail ³⁾	Mobilní telefon	Telefon	
Jiný státní občanství než ČR? <input type="checkbox"/> Ano ²⁾ Jaké?	Jiný místo, stát narození než ČR? <input type="checkbox"/> Ano ²⁾ Jaké?	Jiný místo, stát trvalého pobytu než ČR? <input type="checkbox"/> Ano ²⁾ Jaké?	
Pohlaví ⁴⁾ <input type="checkbox"/> Muž <input type="checkbox"/> Žena	Jste politicky exponovaná osoba (PEP)? <input type="checkbox"/> Ano ²⁾ Pokud není označeno křížkem <input checked="" type="checkbox"/> , platí, že nejste PEP.	Jste daňovým rezidentem (i) jiného státu než ČR? Kterého? DÍČ: <input type="checkbox"/> Ano ²⁾	

D. ÚDAJE O POJIŠTĚNÍ A POJISTNÉ UDÁLOSTI

Číslo pojistné smlouvy	Číslo pojistné smlouvy	Číslo pojistné smlouvy	Číslo pojistné smlouvy
Počátek ošetřování	Konec ošetřování	Příčina ošetřování (uveďte konkrétní úraz nebo nemoc)	

E. ZPŮSOB VÝPLATY PLNĚNÍ

Pojistné plnění poukažte na (uveďte pouze jednu z možností)

<input type="checkbox"/> Číslo účtu	Kód banky	Specifický symbol
<input type="checkbox"/> Adresu uvedenou v části B., pokud právo na pojistné plnění uplatňuje pojištěný	<input type="checkbox"/> Adresu uvedenou v části C., pokud právo na pojistné plnění uplatňuje osoba uvedená v části C.	<input type="checkbox"/> Jinou adresu
<input type="checkbox"/> Jako mimořádné pojistné na pojistnou smlouvu č.		Specifický symbol ⁵⁾
Název fondu		
<input type="checkbox"/> Jako běžné pojistné na pojistnou smlouvu č.		

⁵⁾ Viz Informace pro klienta, též na www.koop.cz.

F. PŘILOŽENÉ DOKUMENTY

<input type="checkbox"/> Rozhodnutí o potřebě ošetřování (péče)	<input type="checkbox"/> Propouštěcí zpráva	<input type="checkbox"/> Zdravotnická dokumentace
<input type="checkbox"/> Jiné:		

G. 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 správu sociálního zabezpečení.

Pojištěný zprošťuje 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.

H. 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 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 kdykoliv 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.

Podpísem 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. Podpísem 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(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

			2	0					

Podpis pojištěného

Podpis zákonného zástupce
nezletilého pojištěného dítěte

Podpis opatrovníka, zmocněnce
nebo jiné osoby uvedené v části C.

I. ZPRÁVA LÉKAŘE

Informace pro lékaře

Odměnu za vyplnění této zprávy Vám uhradí pojištěný (oprávněná osoba).

VŽDY JE NUTNÉ VYPLNIT PŘÍČINU
POTŘEBY OŠETŘOVÁNÍ.

Prosíme o čitelné vyplnění všech údajů. Nestačí-li pro požadované údaje místo v předtištěných kolonkách, uveďte je na samostatném listu, který přiložte k tomuto formuláři.

¹⁾ U cizinců se zapíše datum narození ve tvaru RRMMDD/9999.

²⁾ V případě více diagnóz vyplňte pro každou diagnózu zvlášť.

Lékař potvrzuje, že zdravotní stav pojištěného

Rodné číslo¹⁾

Příjmení

Jméno

Titul

VYŽADOVAL JEHO NEZBYTNÉ CELODENNÍ OŠETŘOVÁNÍ Z DŮVODU ÚRAZU NEBO NEMOCI JINOU OSOBOU.

Počátek nepřerušeno ošetřování

Konec nepřerušeno ošetřování

Byl vystaven tiskopis ČSSZ „Rozhodnutí o potřebě ošetřování (péče)“?

Ano

Ne

Příčina ošetřování (popis onemocnění nebo úrazu)

Kód diagnózy podle MKN-10²⁾

Doba léčení úrazu nebo nemoci od - do

Kdy bylo onemocnění u pojištěného poprvé diagnostikováno? Uveďte datum, název a adresu poskytovatele zdravotních služeb a jméno lékaře.

Jde-li o úraz, uveďte datum vzniku úrazu.

Kdy došlo k prvnímu lékařskému ošetření pojištěného? Uveďte datum, název a adresu poskytovatele zdravotních služeb a jméno lékaře.

Jde-li o onemocnění, uveďte, kdy se objevily první obtíže evidované ve zdravotní dokumentaci pojištěného (měsíc, rok), které byly v příčinné souvislosti s nynějším onemocněním, a o jaké příznaky se jednalo (popište chronologicky).

Datum indikace k případnému operačnímu řešení.

Jde-li o dítě, bylo nutné jeho vyřazení z kolektivu?

Ano

Ne

Od

Do

Byl pojištěný v době ošetřování v pracovní neschopnosti?

Ano

Ne

Od

Do

Pokud pojištěný nebyl v pracovní neschopnosti, uveďte důvod:

Pobyt v nemocnici nebo jiném zdravotnickém zařízení

Ano

Ne

Od

Do

Název zdravotnického zařízení:

Doprovod ošetřující osobou při pobytu v nemocnici nebo jiném zdravotnickém zařízení

Ano

Ne

Od

Do

Byl dodržován léčebný režim?

Ano

Ne

Od

Do

Shora uvedené údaje případně doplňte kopiemi příslušných lékařských zpráv ze zdravotnické dokumentace pojištěného.

Název poskytovatele zdravotních služeb nebo jméno lékaře

Ulice (místo), číslo popisné/orientační

Obec - dodací pošta

PSČ

Datum

20

Razítko a podpis lékaře