



Žádost¹⁾ o pojistné plnění z pojištění osob k pojistné události z pojištění osob

Osobní údaje vč. údajů o zdravotním stavu (dále jen „údaje“) jsou zpracovávány jen v rozsahu a po dobu nezbytnou k zajištění práv a povinností z pojištění. Neposkytnutí relevantních údajů může způsobit nemožnost plnění z pojištění. Údaje mohou být poskytnuty třetí osobě pouze v souladu se zákonem č. 101/2000 Sb., o ochraně osobních údajů. Subjekt údajů má právo na informaci o rozsahu zpracování jeho osobních údajů podle § 12 a právo na ochranu svých práv podle § 21 citovaného zákona.

Dokladem o zdravotním postižení dítěte v části F. 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.

A. POJISTITEL

Kooperativa pojišťovna, a.s., Vienna Insurance Group, Pobřežní 665/21, 186 00 Praha 8, Česká republika
IČ 47116617, zapsaná v obchodním rejstříku u Městského soudu v Praze, sp. zn. B 1897

B. OPRAVNĚNÁ OSOBA

¹⁾ Platnou variantu označte křížkem (platí i v ostatních případech s možností více variant).
²⁾ U cizinců se zapíše datum narození ve tvaru RRRMMDD/9999.
³⁾ Je-li oprávněnou osobou osoba právnická, vyplní se pouze její IČ a název, pro identifikaci osob, které za ni jednájí, je třeba použít zvláštní formulář „Identifikace a základní kontrola fyzické osoby“.
⁴⁾ Není-li vyplněno, platí státní občanství/stát narození/stát ČR.
⁵⁾ Je-li označeno křížkem Ano, považuje se oprávněná osoba za PEP, tj. politicky exponovanou osobu, blíže viz „Zásady používání formuláře“.

<input type="checkbox"/> pojistník(č)	<input type="checkbox"/> pojištěný	<input type="checkbox"/> obmyšlený	<input type="checkbox"/> jiná osoba, jaká:
Rodné číslo/IČ ²⁾	Příjmení/Název firmy ³⁾	Jméno	Titul
Jednající - 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⁾
<input type="checkbox"/> Ano	<input type="checkbox"/> Pohlaví	<input type="checkbox"/> Muž	<input type="checkbox"/> Žena
Adresa trvalého pobytu/bydliště/stáda	Ulice (místo), číslo popisné/orientační		
Obec – dodací pošta	<input type="checkbox"/> Jiný stát než ČR, jaký, ZIP kód ⁵⁾		
E-mail	Mobilní telefon	Telefon	

C. ŽÁDOST O POJISTNÉ PLNĚNÍ

Číslo pojistné smlouvy	Číslo pojistné smlouvy	Číslo pojistné smlouvy	Číslo pojistné smlouvy
<input type="checkbox"/> plná invalidita	<input type="checkbox"/> částečná invalidita	ode dne	<input type="checkbox"/> péče o zdravotně postižené dítě
<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"/> změna stupně invalidity	<input type="checkbox"/> změna stupně závislosti zdravotně postiženého dítěte	
<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	doba výplaty	let	frekvence výplaty
			<input type="checkbox"/> měsíčně <input type="checkbox"/> čtvrtletně <input type="checkbox"/> pololetně <input type="checkbox"/> ročně

D. ŽÁDOST/DOPLNĚNÍ K POJISTNÉ UDÁLOSTI

Číslo pojistné události	ze dne
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="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:	

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"/> Pojistnou smlouvu č.	<input type="checkbox"/> Jinou adresu	Jméno, příjmení/Název
<input type="checkbox"/> Adresu trvalého pobytu/bydliště/stáda uvedenou v části B.	Ulice, číslo popisné/orientační, PSČ, obec	

F. PŘILOŽENÉ DOKUMENTY

⁶⁾ Účinku má jen žádost, kterou pojistitel obdržel. Den obdržení žádosti pojistitelem není vždy totožný se dnem jejího vyplnění (sepsání).

<input type="checkbox"/> Posudek o částečné invaliditě	<input type="checkbox"/> Posudek o plné invaliditě	<input type="checkbox"/> Zdravotní 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:					

Oprávněná osoba svým podpisem potvrzuje správnost a úplnost veškerých výše uvedených údajů.

Datum vyplnění žádosti ⁶⁾		
Jméno a příjmení/název ziskatele	Podpis ziskatele	Podpis oprávněné osoby
Ziskatelské číslo	Osobní číslo spolupracovníka ziskatele	Telefon
E-mail	Zástupce pojistitele ověřil identifikační údaje a shodu podoby oprávněné osoby dle předloženého průkazu totožnosti.	

Zásady používání formuláře

► Tento formulář slouží k uplatnění práva na pojistné plnění z dále uvedených škodných 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 jednajícím použít zvláštní formulář č. K-Vo-800-A „Identifikace a základní kontrola fyzické osoby.“

► Originál formuláře obdrží pojistitel, pro oprávněnou osobu se vyhotoví fotokopie.

► Jsou-li k formuláři přikládány doklady, je třeba je k němu připravit. Na fotokopii dokladu musí být čitelně uvedeno jméno a příjmení (otisk jmenovky) pracovníka pojistitele, 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) **plné, nebo částečné 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 (ČSSZ, OSSZ, PSSZ) o invaliditě oprávněné osoby 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 plně nebo částečně invalidní v době do 2 let od uzavření pojistné smlouvy (u pojistných smluv uzavřených podle pojistných podmínek platných od 1. 4. 2008 v době do 2 let od počátku pojištění) nebo změny pojištění, z dokladu musí být zřejmé, od kterého dne je oprávněná osoba invalidní, resp. odkdy jí byl přiznán invalidní důchod.

Na tomto formuláři oprávněná osoba rovněž pojistiteli 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).

► **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 zdravotní 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 pojistitele plnit (např. lékařskou zprávou, zdravotní 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 pojistitelem dodatečně vyžádaných dokladů (např. propouštěcí zpráva z hospitalizace, operační protokol, zdravotní 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 pojistitel 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 ve významné veřejné funkci s celostátní působností, jako je např. hlava státu nebo předseda vlády, ministr, náměstek nebo asistent ministra, člen parlamentu, člen nejvyššího soudu, ústavního soudu nebo jiného vyššího soudního orgánu, proti jehož rozhodnutí obecně až na výjimky nelze použít opravné prostředky, člen účetního dvora, člen vrcholného orgánu centrální banky, vysoký důstojník v ozbrojených silách nebo sborech, člen správního, řídicího nebo kontrolního orgánu podniku ve vlastnictví státu, velvyslanec nebo chargé d'affaires, nebo, která obdobné funkce vykonává v orgánech Evropské unie nebo jiných mezinárodních organizací, a to po dobu výkonu této funkce a dále po dobu jednoho roku po ukončení výkonu této funkce, a která má bydliště mimo Českou republiku, nebo takovou významnou veřejnou funkci vykonává mimo Českou republiku,

b) fyzická osoba, která

› je k osobě uvedené v písm. a) ve vztahu manželském, partnerském anebo v jiném obdobném vztahu nebo ve vztahu rodičovském,

› je k osobě uvedené v písm. a) ve vztahu syna nebo dcery nebo je k synovi nebo dceři osoby uvedené v písm. a) osobou ve vztahu manželském (zeťové, snachy), partnerském nebo v jiném obdobném vztahu,

› je společníkem nebo skutečným majitelem stejné právnické osoby, popř. svěřenectví nebo jiného obdobného právního uspořádání podle cizího právního řádu, jako osoba uvedená v písm. a), nebo je o ní povinné osobě známo, že je v jakémkoli jiném blízkém podnikatelském vztahu s osobou uvedenou v písm. a), nebo

› je skutečným majitelem právnické osoby, popř. svěřenectví nebo jiného obdobného právního uspořádání podle cizího právního řádu, o kterém je známo, že bylo vytvořeno ve prospěch osoby uvedené v písm. a).