

Pojistná smlouva číslo 5400856689

Kooperativa pojišťovna, a.s., Vienna Insurance Group

sídlo: Pobřežní 665/21, 186 00 Praha 8, Česká republika

IČO: 47 11 66 17

DIČ pro DPH: CZ699000955

DIČ pro ostatní daně: CZ47116617

zapsaná v obchodním rejstříku u Městského soudu v Praze, sp. zn. B 1897

bankovní spojení: Česká spořitelna, a.s., č. účtu: 2226222/0800

zastoupená na základě zmocnění níže podepsanými osobami

Kontaktní adresa:

Kooperativa pojišťovna, a.s., Vienna Insurance Group, Agentura západní Čechy,

Zahradní 3, 326 00 Plzeň

tel.: +420 377 417 287, e-mail: ahrabackova@koop.cz

(dále jen pojistitel)

a

Česká rada dětí a mládeže

sídlo: Senovážné náměstí 977/24, 116 47 Praha 1, Česká republika

IČO: 68 37 94 39

DIČ: CZ68379439

registrovaná u Ministerstva vnitra ČR pod č. VS/1-1/36517/98-R ze dne 23. 6. 1998

bankovní spojení: ČSOB, a.s., č. účtu: 133070299/0300

tel.: +420 234 621 209, e-mail: sekretariat@crdm.cz

zastoupená: Ing. Alešem Sedláčkem, předsedou

(dále jen pojistník)

uzavřely

tuto pojistnou smlouvu v souladu se zákonem č. 37/2004 Sb., o pojistné smlouvě, ve znění pozdějších předpisů (dále jen zákon), a ostatními obecně závaznými právními předpisy. Nedílnou součástí této pojistné smlouvy jsou Všeobecné pojistné podmínky pro pojištění osob O-901-12/02 a Zvláštní pojistné podmínky pro úrazové pojištění O-923-12/02.

Tato smlouva byla uzavřena prostřednictvím společnosti

C.E.B., a.s.

sídlo: Lublaňská 5/57, 120 00 Praha 2, Česká republika

IČO: 27 42 97 41

zapsaná v obchodním rejstříku u Městského soudu v Praze, sp. zn. B 10579

(dále jen pojišťovací makléř).

Korespondenční adresa pojišťovacího makléře je shodná s adresou jeho sídla.

Článek I Pojištěné osoby

Touto smlouvou jsou při provozování pojištěné činnosti podle článku II odst. 1 této smlouvy pojištěni:

- a) členové a pravidelní účastníci aktivit pojistníkem pojištěných organizací (pro potřeby této smlouvy jsou pod pojmem pojištěné organizace myšleny zejména spolky, včetně jejich pobočných spolků, obecně prospěšné společnosti, ústavy) (dále jen pojištěné organizace); pojištění pojištěných osob vzniká dnem vzniku členství u členských organizací pojistníka, resp. dnem schválení přihlášky do pojištění ze strany pojistníka u dalších pojištěných organizací. Pojistník je povinen tyto nově pojištěné organizace nahlásit pojistiteli nejpozději do 60 dnů po vzniku pojištění.
- b) všichni ostatní účastníci akcí pořádaných pojistníkem nebo pojištěnými organizacemi.

Článek II Pojištěná činnost

Pojistitel poskytne pojistné plnění za tělesné poškození nebo smrt pojištěných osob, ke kterým dojde následkem úrazu (v rozsahu ustanovení Zvláštních pojistných podmínek pro úrazové pojištění), a to při všech aktivitách uskutečňovaných v rámci činnosti, jež pojistník nebo pojištěné organizace vykonávají v souladu se svým posláním (určeným stanovami, či obdobným dokumentem) nebo v souvislosti s ním. Jedná se zejména o úrazy, ke kterým dojde při:

- a) veškerých akcích a schůzkách,
- b) přípravě a aktivní účasti na akcích v ČR nebo zahraničí (zejména akcích kulturních, turistických, rekreačních a tělovýchovných),
- c) krátkodobých brigádách organizovaných pojistníkem nebo pojištěnými organizacemi,
- d) společných cestách pořádaných pojistníkem nebo pojištěnými organizacemi do místa a z místa činnosti dle předešlých bodů,
- e) výkonu funkce jednotlivých funkcionářů,
- f) výkonu dobrovolné funkce vedoucích a dalších pedagogických pracovníků včetně samostatných cest z místa bydliště nebo pracoviště do místa činnosti a zpět.

Článek III Rozsah nároků z pojištění

1. Utrpí-li pojištěná osoba (dle článku I odst. 1, 2 nebo 3), která dovršila věku 18 let, úraz, který má za následek tělesné poškození nebo smrt, a ke kterému došlo během trvání pojištění při činnosti, na níž se pojištění vztahuje, pojistitel poskytne pojistné plnění v tomto rozsahu:
 - a) **za smrt následkem úrazu** - pojistnou částku ve výši **150.000,- Kč**;
 - b) **za trvalé následky úrazu** - podle jejich rozsahu ve výši příslušného procentního podílu z pojistné částky **400.000,- Kč**; Pojistné plnění se pak stanoví podle tabulky **progresivního plnění** uvedené **v příloze číslo 1** této smlouvy (nikoli podle tabulky progresivního plnění uvedené v příloze číslo 2 Zvláštních pojistných podmínek pro úrazové pojištění).

- c) **za tělesné poškození způsobené úrazem** - pojistná částka ve výši **60,- Kč** za jeden den doby léčení úrazu. Pojistné plnění se stanoví jako **součin** sjednané pojistné částky pro jeden den a počtu dnů léčení úrazu. Pojistné plnění je poskytnuto tehdy, je-li doba léčení úrazu delší než karenční doba, jejíž délka činí **sedm dnů**; v takovém případě pojistitel poskytne pojistné plnění již od počátku doby léčení úrazu.
2. Utrpí-li pojištěná osoba (dle článku I odst. 1, 2 nebo 3) mladší 18 let úraz, který má za následek tělesné poškození nebo smrt, a ke kterému došlo během trvání pojištění při činnosti, na niž se pojištění vztahuje, pojistitel poskytne pojistné plnění v tomto rozsahu:
- a) **za smrt následkem úrazu** - pojistnou částku ve výši **150.000,- Kč**;
- b) **za trvalé následky úrazu** - podle jejich rozsahu ve výši příslušného procentního podílu z pojistné částky **600.000,- Kč**; Pojistné plnění se pak stanoví podle tabulky **progresivního plnění** uvedené **v příloze číslo 1** této smlouvy (nikoli podle tabulky progresivního plnění uvedené v příloze číslo 2 Zvláštních pojistných podmínek pro úrazové pojištění).
- c) **za tělesné poškození způsobené úrazem** - pojistná částka ve výši **110,- Kč** za jeden den doby léčení úrazu. Pojistné plnění se stanoví jako **součin** sjednané pojistné částky pro jeden den a počtu dnů léčení úrazu. Pojistné plnění je poskytnuto tehdy, je-li doba léčení úrazu delší než karenční doba, jejíž délka činí **sedm dnů**; v takovém případě pojistitel poskytne pojistné plnění již od počátku doby léčení úrazu.
3. Hodnocení tělesných poškození způsobených úrazem a trvalých následků úrazu podle **oceňovacích tabulek** je uvedeno na internetových stránkách pojistitele: <http://www.koop.cz/reseni-skod/jak-spravne-resit-skodu/pojisteni-osob/skody-ze-zivotniho-pojisteni.html>, a to v sekci „**Přehled formulářů a dalších potřebných dokladů**“.
4. Nárok na pojistné plnění za trvalé následky úrazu a za tělesné poškození způsobené úrazem má pojištěná osoba.
Nárok na pojistné plnění za smrt pojištěné osoby následkem úrazu mají oprávněné osoby podle ustanovení § 51 odst. 2 a 3 zákona č. 37/2004 Sb., o pojistné smlouvě, v platném znění.

Článek IV Pojistné

1. Pojistné za pojistné období, jehož délka je 12 měsíců, pro jednu osobu činí 17,- Kč.
2. Pojistné za příslušné pojistné období (od 1. 1. kalendářního roku do 31. 12. kalendářního roku) bude stanoveno na základě počtu pojištěných osob, který pojistník (společně se seznamem pojištěných organizací) zašle pojistiteli do 31. 3. příslušného kalendářního roku. Toto pojistné je splatné do dne **30. 4. příslušného kalendářního roku** na účet pojistitele číslo **2226222/0800** u České spořitelny, a. s., variabilní symbol: **5400856689**, konstantní symbol: 3558.
3. Během účinnosti této smlouvy může pojistník prostřednictvím pojišťovacího makléře písemně oznámit pojistiteli změny v počtu pojištěných osob, resp. v seznamu pojištěných organizací, tedy zahrnutí dalších osob do pojištění dle této smlouvy nebo zrušení pojištění některých osob. Oznámení o změně, se stane **přílohou** této smlouvy.

Pojistitel vypočte pojistné za uvedenou změnu jako alikvótní část pojistného za pojistné období a zašle do 10. dne příslušného kalendářního měsíce pojistníkovi vyúčtování

pojistného. Na základě tohoto vyúčtování pojistník uhradí doplatek pojistného **20. dne příslušného kalendářního měsíce** na výše uvedený účet pojistitele. Případný přeplatek pojistného poukáže pojistitel na účet pojistníka.

4. Bonifikace:

Nárok na přiznání bonifikace vzniká při dosažení stanoveného škodného průběhu, a to v hodnoceném období (tj. od 1. 1. kalendářního roku do 31. 12. příslušného kalendářního roku).

Škodný průběh je poměr mezi vyplaceným plněním (vč. rezervy na škody vzniklé, nahlášené, ale v době výpočtu škodného průběhu nevyplacené) a zaplaceným pojistným za hodnocené období vyjádřený v procentech.

Na bonifikaci nemá pojistník nárok, pokud v předchozím hodnoceném období byl škodný průběh z předmětné smlouvy vyšší než 55 % nebo pojištění z této pojistné smlouvy v dalším pojistném roce nepokračuje.

Uplatnit nárok na bonifikaci lze do šesti měsíců po uplynutí hodnoceného období. Na základě žádosti vyhodnotí pojistitel škodný průběh za účelem stanovení nároku na bonifikaci, nejdříve však tři měsíce po uplynutí hodnoceného období.

Podmínkou pro vyplacení bonifikace je uhrazení předepsaného pojistného za hodnocené období. Nárok na bonifikaci nevznikne při ukončení platnosti pojistné smlouvy před uplynutím jednoho pojistného roku.

Pojistitel poukáže jednorázově bonifikaci pojistníkovi do tří měsíců ode dne, kdy o ni pojistník požádal, nejdříve však tři měsíce po uplynutí hodnoceného období.

V případě, že po uzavření hodnoceného období je uplatněn nárok na plnění z pojistné události v takové výši, která zpětně ruší nárok na bonifikaci nebo mění výši bonifikace, pojistník vrátí celou bonifikaci nebo její část odpovídající přeplatku.

Výše bonifikace za hodnocené období činí:

- a) 45 % z pojistného předepsaného a současně zaplaceného za hodnocené období, pokud škodný průběh nepřesáhne 10 %,
- b) 35 % z pojistného předepsaného a současně zaplaceného za hodnocené období, pokud škodný průběh nepřesáhne 20 %,
- c) 25 % z pojistného předepsaného a současně zaplaceného za hodnocené období, pokud škodný průběh nepřesáhne 30 %,
- d) 15 % z pojistného předepsaného a současně zaplaceného za hodnocené období, pokud škodný průběh nepřesáhne 40 %,
- e) 5 % z pojistného předepsaného a současně zaplaceného za hodnocené období, pokud škodný průběh nepřesáhne 50 %.

Článek V

Hlášení pojistných událostí

1. Vznik pojistné události hlásí pojištěná osoba nebo její zákonný zástupce; v případě smrti pojištěného osoby, kterým vznikne nárok na pojistné plnění (viz článek III odst. 4 této smlouvy).

Pojištěná organizace potvrdí razítkem a podpisem svého statutárního zástupce skutečnost, že k úrazu došlo při pojištěné činnosti (viz článek II této smlouvy) a pojištěný byl v době vzniku úrazu osobou dle článku I odst. 1, 2 nebo 3 této smlouvy.

2. V případě **tělesného poškození způsobeného úrazem** se pojistná událost hlásí na formuláři „Oznámení úrazu“.
- V případě **trvalých následků úrazu** se pojistná událost hlásí na formuláři „Oznámení trvalých následků úrazu“.
- V případě **smrti pojištěného následkem úrazu** se vyplní formulář „Oznámení smrti“ a doloží následující doklady:
- fotokopie úmrtního listu,
 - doklad, v němž je uvedena příčina smrti (např. lékařská zpráva, pitevní protokol, výpis z matriky, doklad o ohledání mrtvého),
 - usnesení policie v případě smrti, k níž došlo při dopravní nehodě, sebevraždou, zaviněním jiné osoby (bylo-li úmrtí policií vyšetřováno),
 - název (jméno) a adresa příslušného soudu (notáře), který vyřizuje pozůstalost,
 - kontaktní telefon (osoba vyřizující úmrtí, manžel/-ka, děti apod.).
- Veškeré formuláře pro hlášení pojistných událostí jsou k dispozici na obchodních místech pojistitele nebo na jeho internetových stránkách www.koop.cz.
3. Hlášení pojistné události se zasílá na adresu:
- Kooperativa pojišťovna, a. s., Vienna Insurance Group**
Centrum zákaznické podpory
Brněnská 634
664 42 MODŘICE
 tel.: 841 105 105.
4. Pojistitel je oprávněn prověřit si správnost údajů v hlášení pojistné události a vyžádat si další doklady nezbytné k jejímu vyřízení.
 Pojistník má právo nahlížet do spisu pojistné události za účelem ověření, zda pojištěná organizace oprávněně potvrdila vznik pojistné události.

Článek VI Závěrečná ustanovení

1. Pojistná smlouva se uzavírá na dobu určitou od 1. 1. 2014 do 31. 12. 2017 s pojistným obdobím v délce 12 měsíců.
2. Smluvně se ujednává, že neplatí ustanovení článku XIX. odst. 3 Všeobecných pojistných podmínek pro pojištění osob O-901-12/02 a dále neplatí ustanovení článku XVII. a Přílohy č. 1, 2 a 3 Zvláštních pojistných podmínek pro úrazové pojištění O-923-12/02.
3. Pojistnou smlouvu může dále vypovědět kterákoliv ze smluvních stran, a to nejpozději šest měsíců před výročním dnem účinnosti pojistné smlouvy. Písemnou výpověď musí prokazatelně doručit druhé smluvní straně nejpozději do 30. 6. příslušného kalendářního roku. V případě výpovědi skončí platnost pojistné smlouvy k 31. 12. příslušného kalendářního roku.
4. Pro pojištění podle této smlouvy platí zákon a ostatní obecně závazné právní předpisy, pojistné podmínky uvedené v pojistné smlouvě a ustanovení pojistné smlouvy.
5. Pojistník potvrzuje, že byl před uzavřením pojistné smlouvy seznámen s Informacemi pro zájemce o pojištění osob (v souladu s ustanovením § 65 a násl. zákona č. 37/2004 Sb., o pojistné

5. Pojistník potvrzuje, že byl před uzavřením pojistné smlouvy seznámen s Informacemi pro zájemce o pojištění osob (v souladu s ustanovením § 65 a násl. zákona č. 37/2004 Sb., o pojistné smlouvě, v platném znění) a pojistnými podmínkami uvedenými v pojistné smlouvě, a rovněž prohlašuje, že je převzal v písemné podobě.
6. Makléřská doložka: Pojistník pověřuje pojišťovacího makléře vedením a zpracováním jeho pojistného zájmu. Obchodní styk, který se bude týkat této pojistné smlouvy, bude prováděn prostřednictvím tohoto pojišťovacího makléře, který je oprávněn přijímat smluvně závazná oznámení, prohlášení a rozhodnutí smluvních partnerů. Tyto povinnosti je možno považovat za splněné, byly-li doručeny na adresu pojišťovacího makléře, který se zavazuje neprodleně, tj. bez zbytečného otálení, tyto informace předávat příslušné smluvní straně.
7. Pojistná smlouva je vyhotovena ve čtyřech stejnopisech, z nichž po jednom obdrží pojistitel a pojišťovací makléř a dva obdrží pojistník. Stejnopis této pojistné smlouvy, který obdrží pojistník, je zároveň potvrzením o uzavření pojistné smlouvy (pojistkou) ve smyslu zákona.
8. Sjednává se právo pojistníka poskytnout kopie pojistné smlouvy pojištěným organizacím.

Seznam příloh:

Příloha číslo 1 - Tabulka pro stanovení pojistného plnění za trvalé následky úrazu s progresivním plněním

Příloha číslo 2 - Informace pro zájemce o pojištění osob

Příloha číslo 3 - Všeobecné pojistné podmínky pro pojištění osob O-901-12/02

Příloha číslo 4 - Zvláštní pojistné podmínky pro úrazové pojištění O-923-12/02

Příloha číslo 5 – formulář „Oznámení úrazu“

Příloha číslo 6 – formulář „Oznámení trvalých následků úrazu“

Příloha číslo 7 – formulář „Oznámení smrti“

V Praze dne 23. 12. 2013

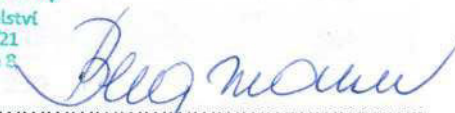
za pojistitele:



Ing. Rašek Burian,
ředitel Úseku řízení vnitřního obchodu



Kooperativa pojišťovna, a.s.,
Vienna Insurance Group
Generální ředitelství
Pobřežní 665/21
186 00 Praha 8
-110-



Arnošt Bergmann,
ředitel agentury západní Čechy

za pojistníka:



Ing. Aleš Sedláček,
předseda



Příloha číslo 1 pojistné smlouvy číslo 5400856689

**Tabulka pro stanovení pojistného plnění
za trvalé následky úrazu s progresivním plněním**

| Procento hodnocení TN | Pojistné plnění v % | Procento hodnocení TN | Pojistné plnění v % | Procento hodnocení TN | Pojistné plnění v % | Procento hodnocení TN | Pojistné plnění v % |
|-----------------------------|------------------------|-----------------------------|------------------------|-----------------------------|------------------------|-----------------------------|------------------------|
| 1 | 1 | 26 | 26 | 51 | 135 | 76 | 260 |
| 2 | 2 | 27 | 27 | 52 | 140 | 77 | 265 |
| 3 | 3 | 28 | 28 | 53 | 145 | 78 | 270 |
| 4 | 4 | 29 | 29 | 54 | 150 | 79 | 275 |
| 5 | 5 | 30 | 30 | 55 | 155 | 80 | 280 |
| 6 | 6 | 31 | 35 | 56 | 160 | 81 | 286 |
| 7 | 7 | 32 | 40 | 57 | 165 | 82 | 292 |
| 8 | 8 | 33 | 45 | 58 | 170 | 83 | 298 |
| 9 | 9 | 34 | 50 | 59 | 175 | 84 | 304 |
| 10 | 10 | 35 | 55 | 60 | 180 | 85 | 310 |
| 11 | 11 | 36 | 60 | 61 | 185 | 86 | 316 |
| 12 | 12 | 37 | 65 | 62 | 190 | 87 | 322 |
| 13 | 13 | 38 | 70 | 63 | 195 | 88 | 328 |
| 14 | 14 | 39 | 75 | 64 | 200 | 89 | 334 |
| 15 | 15 | 40 | 80 | 65 | 205 | 90 | 340 |
| 16 | 16 | 41 | 85 | 66 | 210 | 91 | 346 |
| 17 | 17 | 42 | 90 | 67 | 215 | 92 | 352 |
| 18 | 18 | 43 | 95 | 68 | 220 | 93 | 358 |
| 19 | 19 | 44 | 100 | 69 | 225 | 94 | 364 |
| 20 | 20 | 45 | 105 | 70 | 230 | 95 | 370 |
| 21 | 21 | 46 | 110 | 71 | 235 | 96 | 376 |
| 22 | 22 | 47 | 115 | 72 | 240 | 97 | 382 |
| 23 | 23 | 48 | 120 | 73 | 245 | 98 | 388 |
| 24 | 24 | 49 | 125 | 74 | 250 | 99 | 394 |
| 25 | 25 | 50 | 130 | 75 | 255 | 100 | 400 |

Procentu hodnocení trvalých následků dle oceňovací tabulky pro trvalé následky odpovídá procentní podíl, resp. násobek pojistné částky (pojistné plnění v %) – v tabulce uveden tučným písmem.

Nejsou-li trvalé následky úrazu hodnoceny celým procentem, pojistné plnění se stanoví lineární interpolací (např. trvalé následky jsou hodnoceny ve výši 45,5 %, odpovídající pojistné plnění je 107,5 % z pojistné částky).

Informace pro zájemce o pojištění osob

A. Informace o pojistiteli

obchodní firma: Kooperativa pojišťovna, a.s., Vienna Insurance Group
sídlo: Pobežní 665/21, 186 00 Praha 8, Česká republika
registrace: Městský soud v Praze, spisová zn. B 1897
orgán dohledu: Česká národní banka, Na Příkopě 28, 115 03 Praha 1

B. Informace o pojištění osob

Pojištění osob se řídí zákonem č. 37/2004 Sb., o pojištění smlouvě, ve znění pozdějších předpisů (dále jen „zákon“), dalšími obecně závaznými právními předpisy, pojistnou smlouvou a pojistnými podmínkami uvedenými v pojistné smlouvě. Pojistné podmínky jsou nedílnou součástí pojistné smlouvy. Uzavíraná pojistná smlouva se řídí českým právem.

1. Definice pojištění a opcí

Životní pojištění

V rámci životního pojištění lze sjednat

- pojištění pouze pro případ dožití: dožije-li se pojištěný konce pojištění, vyplátí pojistitel pojištěnému pojistné plnění ve výši pojistné částky sjednané pro případ dožití; nedožije-li se pojištěný tohoto dne, pojištění zanikne;
- pojištění pouze pro případ smrti: zemře-li pojištěný během trvání pojištění, vyplátí pojistitel oprávněné osobě pojistné plnění ve výši pojistné částky sjednané pro případ smrti; dožije-li se pojištěný konce pojištění, pojištění zanikne;
- pojištění pro případ dožití se stanoveného věku nebo dřívější smrti: dožije-li se pojištěný konce pojištění, vyplátí pojistitel oprávněné osobě pojistné plnění ve výši pojistné částky sjednané pro případ dožití; zemře-li pojištěný během trvání pojištění, vyplátí pojistitel oprávněné osobě pojistné plnění ve výši pojistné částky sjednané pro případ smrti;
- svatební pojištění nebo pojištění prostředků na výživu dětí: pojistitel poskytne plnění, uzavře-li pojištěné dítě sňatek nebo dožije-li se konce pojištění nebo jen, dožije-li se konce pojištění, a to podle toho, co je v pojistné smlouvě sjednáno;
- důchodové pojištění: dožije-li se pojištěný dne uvedeného v pojistné smlouvě jako počátek výplaty důchodu, pojistitel poskytne pojistné plnění ve formě doživotního důchodu, doživotního důchodu s garantovanou dobou jeho výplaty, důchodu na sjednanou dobu nebo důchodu maximálně na sjednanou dobu, a to podle toho, co je v pojistné smlouvě sjednáno. V rámci tohoto pojištění může být dále sjednán i nárok na výplatu invalidního důchodu a důchodu pro pozůstalé;
- pojištění podle písm. a) až e) spojené s investičním fondem (investiční životní pojištění): pojištění pro případ dožití se stanoveného věku nebo dřívější smrti spojené s investováním finančních prostředků do fondů a realokačních programů dle nabídky pojistitele. Zemře-li pojištěný během trvání pojištění, poskytne pojistitel podle ujednání pojistné smlouvy oprávněné osobě pojistné plnění ve výši:
 - pojistné částky pro případ smrti a hodnoty účtu pojistníka, nebo
 - pojistné částky pro případ smrti, nebo hodnoty účtu pojistníka, je-li tato hodnota vyšší než pojistná částka pro případ smrti.Dožije-li se pojištěný konce pojištění, vyplátí mu pojistitel pojistné plnění ve výši hodnoty účtu pojistníka.
- životní pojištění s vedením účtu: pojištění pro případ dožití se stanoveného věku nebo dřívější smrti vzniklé na základě pojistné smlouvy, ke které je pojistitelem veden individuální účet umožňující vytvářet pojistnou částku pro případ dožití. Zemře-li pojištěný během trvání pojištění, poskytne pojistitel podle ujednání pojistné smlouvy oprávněné osobě pojistné plnění ve výši:
 - hodnoty účtu pojistníka stanovené ke dni, v němž pojištěný zemřel, nebo
 - pojistné částky pro případ smrti, nebo hodnoty běžného účtu stanovené ke dni, v němž pojištěný zemřel, a to tu částku, která je vyšší, a
 - pojistné plnění ve výši hodnoty mimořádného účtu stanovené ke dni, v němž pojištěný zemřel,

a to podle toho, co je v pojistné smlouvě sjednáno.

- Dožije-li se pojištěný konce pojištění, vyplátí mu pojistitel pojistné plnění ve výši hodnoty účtu pojistníka.
 - pojištění pro případ invalidity: pojištění může být sjednáno jako pojištění pro případ plné invalidity, nebo jako pojištění pro případ částečné nebo plné invalidity; pojistitel poskytne pojistné plnění ve výši pojistné částky (nebo podílu z pojistné částky) nebo ve formě důchodu, a to podle toho, co je v pojistné smlouvě sjednáno;
 - pojištění pro případ zproštění od placení pojistného: pojistitel za pojistníka hradí běžné pojistné v případě plné invalidity pojištěného;
 - pojištění pro případ osvobození od placení pojistného: pojistitel za pojistníka hradí běžné pojistné v případě smrti pojištěného.
- Uvedená životní pojištění se sjednávají jako obnosová.

Úrazové pojištění

V rámci úrazového pojištění lze sjednat pojištění pro případ

- smrti následkem úrazu: pojistitel poskytne pojistné plnění oprávněné osobě, a to ve výši sjednané pojistné částky;
- trvalých následků úrazu nebo trvalých následků úrazu s progresivním plněním: pojistitel poskytne pojistné plnění ve výši procentního podílu ze sjednané pojistné částky. Je-li sjednáno pojištění pro případ trvalých následků úrazu s progresivním plněním, zvyšuje se plnění podle stupně hodnocení trvalých následků až na čtyřnásobek nebo šestnásobek sjednané pojistné částky podle toho, jaká varianta progresivního plnění je v pojistné smlouvě sjednána;
- tělesného poškození způsobeného úrazem: dojde-li k úrazu pojištěného, vyplátí pojistitel pojistné plnění ve formě procentního podílu z pojistné částky, který stanoví pro příslušné tělesné poškození podle oceňovací tabulky, nebo ve formě denního odškodného, a to podle toho, co je v pojistné smlouvě sjednáno; pojistné plnění ve formě denního odškodného se stanoví jako součin sjednané pojistné částky denního odškodného a počtu dnů léčení úrazu, nejdéle však za dobu (počet dnů) léčení úrazu stanovenou pojistnými podmínkami a oceňovací tabulkou;
- pracovní neschopnosti následkem úrazu: dojde-li k úrazu pojištěného, vyplátí pojistitel pojistné plnění ve výši součinu sjednané pojistné částky pro jeden den pracovní neschopnosti a počtu dnů dočasné pracovní neschopnosti, nejdéle však za dobu (počet dnů) pracovní neschopnosti stanovenou pojistnými podmínkami a oceňovací tabulkou;
- pobytu v nemocnici následkem úrazu: dojde-li k úrazu pojištěného, vyplátí pojistitel pojistné plnění ve výši součinu sjednané pojistné částky pro jeden den pobytu v nemocnici a počtu dnů pobytu v nemocnici;
- invalidity následkem úrazu: pojištění může být sjednáno jako pojištění pro případ plné invalidity, nebo jako pojištění pro případ částečné nebo plné invalidity; pojistitel poskytne pojistné plnění ve výši pojistné částky (nebo podílu z pojistné částky).

Uvedená úrazová pojištění se sjednávají jako pojištění obnosová.

Pojištění pro případ nemoci

Pojištění pro případ nemoci lze sjednat jako samostatné pojištění (komerční zdravotní pojištění) nebo jako doplňkové (rizikové) pojištění k životním pojištěním. Jde o pojištění pro případ

- pracovní neschopnosti: pojistitel poskytne pojistné plnění ve výši součinu pojistné částky sjednané pro jeden den pracovní neschopnosti a počtu dnů dočasné pracovní neschopnosti po odečtení případné karenční doby, nejdéle však za dobu (počet dnů) pracovní neschopnosti stanovenou pojistnými podmínkami a oceňovací tabulkou;
- pobytu v nemocnici: pojistitel poskytne pojistné plnění ve výši součinu pojistné částky sjednané pro jeden den pobytu v nemocnici a počtu dnů pobytu v nemocnici;
- vážných onemocnění: pojistitel poskytne pojistné plnění v případě, že u pojištěného bylo během trvání pojištění poprvé zjištěno a diagnosticky potvrzeno příslušným zdravotnickým zařízením některé z onemocnění, které je pojistnými podmínkami definováno jako vážné onemocnění; ošetřování dítěte: pojistitel poskytne pojistné plnění za ošetřování nemocného dítěte nebo péči o ně, a to ve výši součinu pojistné částky sjednané pro jeden den ošetřování a počtu dnů ošetřování po odečtení

- případné karenční doby, nejdéle však za dobu (počet dnů) stanovenou pojistnými podmínkami;
- u) péče o zdravotně postižené dítě: pojistitel poskytne pojistné plnění za péči o dítě, jehož zdravotní postižení z medicínského hlediska odpovídá vzniku nároku na sociální dávku „příspěvek na péči“ podle zákona o sociálních službách, a to jednorázové pojistné plnění ve výši pojistné částky nebo opakované pojistné plnění (důchod) podle toho, co je v pojistné smlouvě sjednáno;
 - v) úhrady stomatologické péče: pojistitel uhradí část nákladů, které nejsou hrazeny z veřejného zdravotního pojištění;
 - w) úhrady prostředků zdravotnické techniky předepsaných v důsledku úrazu: pojistitel uhradí část nákladů, které nejsou hrazeny z veřejného zdravotního pojištění;
 - x) zajištění zdravotní péče: předmětem tohoto pojištění je podání informací o zdravotnických službách („Rychlé informace“), poskytnutí zdravotních konzultací („Lékař na telefonu“) a zajištění potřebné zdravotní péče („Asistenční služby“) podle toho, co je v pojistné smlouvě sjednáno.

Pojištění pro případ úhrady stomatologické péče, úhrady prostředků zdravotnické techniky předepsaných v důsledku úrazu a pojištění pro případ zajištění zdravotní péče se sjednávají jako pojištění škodová, ostatní pojištění jako obnosová.

Opce

Na žádost pojištěného, kterému vznikne nárok na pojistné plnění, nebo oprávněné osoby u důchodu pro pozůstalé, lze pojistné plnění změnit (provést opci) takto:

- z jednorázového pojistného plnění uhradit jednorázové pojistné k důchodovému pojištění, z něhož lze vyplácet doživotní důchod nebo důchod na sjednanou dobu;
- místo výplaty doživotního důchodu nebo důchodu na sjednanou dobu vyplácet jednorázové pojistné plnění nebo výplatu důchodu odložit na pozdější dobu;
- zkrátit dohodnutou dobu výplaty u důchodu na sjednanou dobu a důchodu maximálně na sjednanou dobu;
- místo výplaty důchodu pro pozůstalé vyplácet jednorázové pojistné plnění nebo zkrátit či prodloužit dohodnutou dobu výplaty důchodu.

Je-li to v pojistné smlouvě dohodnuto, lze na žádost pojistníka u svatebního pojištění a u pojištění prostředků na výživu dětí poskytnout pojistné plnění ve formě stipendia vypláceného po stanovenou dobu.

2. Uzavření pojistné smlouvy a doba její platnosti

Před uzavřením pojistné smlouvy je nezbytné nutné, aby zájemce odpovědně zvážil, zda je schopen hradit pojistné po celou sjednanou pojistnou dobu, resp. dobu placení pojistného.

Doba platnosti pojistné smlouvy (pojistná doba) je vždy stanovena v pojistné smlouvě. Pojištění se sjednává na dobu určitou nebo na dobu neurčitou. Je-li pojištění sjednáno na dobu určitou, může být doba platnosti pojistné smlouvy stanovena např. počtem let do výročního dne počátku pojištění, ve kterém se pojištěný dožije určitého věku apod. Je-li pojištění sjednáno na dobu neurčitou, platí pojistná smlouva do zániku pojištění.

3. Způsoby zániku pojištění

Pojištění zanikne

- uplynutím pojistné doby, pokud se v pojistné smlouvě u pojištění na dobu určitou nedohodne možnost prodloužení pojištění i po uplynutí doby, na kterou bylo pojištění sjednáno,
- nezaplacením pojistného, a to dnem následujícím po marném uplynutí lhůty stanovené pojistitelem v upomínce k zaplacení dlužného pojistného nebo jeho části, doručené pojistníkoví,
- dohodou pojistníka a pojistitele; v této dohodě musí být určen okamžik zániku pojištění a dohodnut způsob vzájemného vyrovnání závazků,
- výpovědí pojistitele nebo pojistníka do 2 měsíců ode dne uzavření pojistné smlouvy s osmidenní výpovědní lhůtou ode dne doručení výpovědi,
- výpovědí pojistitele nebo pojistníka do 3 měsíců ode dne doručení oznámení vzniku pojistné události s výpovědní lhůtou 1 měsíc, která běží ode dne doručení výpovědi; pojistitel nemůže takto vypovědět životní pojištění,
- výpovědí pojistitele nebo pojistníka ke konci pojistného období, přičemž výpověď musí být doručena alespoň 6 týdnů před uplynutím pojistného období (týká se pouze pojištění s běžným pojistným); pojistitel nemůže takto vypovědět životní pojištění,
- výpovědí pojistníka do 1 měsíce ode dne doručení sdělení o převodu pojistného kmene nebo jeho části nebo do 1 měsíce ode dne zveřejnění oznámení o odnětí povolení k provozování pojišťovací činnosti pojistitele; dnem doručení výpovědi počíná běžet osmidenní výpovědní lhůta,
- odstoupením od pojistné smlouvy (viz bod 10),
- odmítnutím plnění; toto právo má podle zákona pojistitel, porušil-li pojistník, pojištěný nebo oprávněná osoba své povinnosti týkající se pojištění; pojištění zaniká dnem doručení oznámení o odmítnutí pojistného plnění,

- výplatu odkupného na žádost pojistníka,
- z dalších důvodů uvedených v zákoně a příslušných pojistných podmínkách.

4. Způsoby a doba placení pojistného

Pojistné lze uhradit buď najednou (jednorázové pojistné), nebo hradit v pravidelných časových (pojistných) obdobích – měsíčně / 1 měsíc, čtvrtletně / 3 měsíce, pololetně / 6 měsíců nebo ročně / 12 měsíců (běžné pojistné). Jednorázové pojistné je splatné při uzavření pojistné smlouvy, nejpozději v den počátku pojištění. Běžné pojistné lze platit po celou dobu platnosti pojistné smlouvy nebo po dobu kratší, je-li tak dohodnuto v pojistné smlouvě. U investičního životního pojištění a životního pojištění s vedením účtu lze, je-li to dohodnuto v pojistné smlouvě, nad rámec pravidelné placení běžného pojistného dohodnutého v pojistné smlouvě zaplatit mimořádné pojistné. Není-li stanoveno jinak, lze pojistné platit převodem z bankovního účtu (příkaz k úhradě, trvalý příkaz nebo souhlas s inkasem - SINK), poštovní poukázkou, prostřednictvím SIPO nebo platebních terminálů a bankomatů bank, s nimiž má pojistitel uzavřenou dohodu o tomto způsobu placení pojistného (jejich seznam pojistitel zveřejňuje na svých internetových stránkách www.koop.cz).

5. Způsoby výpočtu a rozdělení bonusů, pokud jsou obsahem pojistné smlouvy

Jestliže zhodnocením technických rezerv životního pojištění získá pojistitel výnos, může použít část tohoto výnosu na připsání podílu na zisku k jednotlivým pojistným smlouvám, a to po celou dobu jejich platnosti. Výše přiznaného podílu na zisku u každé pojistné smlouvy závisí na vytvořené hodnotě pojištění ke dni, ke kterému se podíl na zisku přiznává. U investičního životního pojištění příznává pojistitel podíl na zisku pouze u investic do garantovaného a vkladového fondu, jsou-li tyto fondy v nabídce pojistitele.

6. Způsob určení výše odkupného

Výši odkupného, tj. částky, která náleží pojistníkovi při předčasném zániku rezervy životního pojištění (bod 1 písm. a) a c) až e)), stanoví pojistitel ve výši rezervy pojistného (včetně vytvořeného podílu na zisku) snížené o poplatky za předčasné ukončení pojistné smlouvy. U investičního životního pojištění a životního pojištění s vedením účtu (bod 1 písm. f) a g)) stanoví pojistitel výši odkupného jako hodnotu účtu pojistníka sníženou o dosud neuhrazené počáteční náklady, případně dlužné poplatky a poplatek za předčasné ukončení pojistné smlouvy.

7. Informace o výši pojistného

Součástí kalkulace pojistného je i započítání nákladů spojených s uzavřením pojistné smlouvy a následnou správou pojištění, jejichž částí je i provize, kterou pojistitel vyplácí pojišťovacímu zprostředkovateli za uzavření pojistné smlouvy a která je stanovena jako určitý podíl ze sjednané pojistné částky nebo pojistného. Pojistitel vyplácí tuto provizi ihned po zaplacení (prvního) pojistného, ale pojistníkovi ji, v případě pojištění za běžné pojistné, umožňuje postupně částí splátek pojistného během celé doby placení pojistného.

Snížení pojistného a tím i pojistné částky během trvání pojištění má za důsledek zpomalení růstu rezervy pojistného nebo hodnoty pojištění, neboť pojistitel musí zbývajícím nákladům, odpovídajícím původní pojistné částce nebo pojistnému v době uzavření pojistné smlouvy, umožňovat z nižšího pojistného.

Výše pojistného za jednotlivá pojištění včetně doplňkových (jsou-li sjednána) je uvedena v pojistné smlouvě (kromě pojištění dle bodu 1 písm. f) a g)). U investičního životního pojištění a životního pojištění s vedením účtu je v pojistné smlouvě uvedena výše pojistného za pojistné období. Výše pojistného v životním pojištění závisí na parametrech pojištění, jako jsou např. pohlaví pojištěného¹, jeho vstupní věk, sjednaná pojistná doba a sjednaná pojistná částka. Výše pojistného za pojištění pro případ smrti, za riziková a doplňková pojištění sjednaná v rámci investičního životního pojištění nebo životního pojištění s vedením účtu (ve formě měsíčních poplatků z účtu pojistníka) se s věkem pojištěného zpravidla každoročně mění. Výše pojistného v úrazovém pojištění závisí na zařazení pojištěného do rizikové skupiny (soubor činností – pracovních, zájmových a sportovních – se srovnatelným rizikem úrazu). Výše pojistného v pojištění pro případ nemoci závisí na pohlaví pojištěného¹, jeho vstupním věku a sjednané pojistné částce. Pojistitel má právo stanovit pro jednotlivé pojistné produkty minimální a maximální výši pojistného, rovněž tak má právo stanovit nejnižší a nejvyšší pojistné částky, na které lze pojištění sjednat.

¹ Platí pouze pro pojistné smlouvy nebo jejich změny sjednané do 20. 12. 2012 včetně.

8. Definice podílů, na které je vázáno pojistné plnění v případě pojištění vázaného na investiční podíly

V investičním životním pojištění (viz bod 1 písm. f)) je podíl pojistníka na fondu investičních instrumentů určen počtem podílových jednotek. Podílové jednotky jsou vedeny na účtu pojistníka. Zaplacené pojistné používá pojistitel k nákupu podílových jednotek fondu, které připisuje k dobru na účet pojistníka. Podílové jednotky se nakupují za nákupní cenu. Účet pojistníka se snižuje o poplatky na krytí pojistného rizika, na úhradu počátečních nákladů, nákladů na vedení účtu, správních nákladů a jiných nákladů souvisejících s pojištěním. Při splnění podmínek stanovených v pojistných podmínkách může pojistník požádat o prodej části podílových jednotek, který se uskuteční snížením počtu podílových jednotek z účtu pojistníka za prodejní cenu. Pojistné plnění je odvozeno od hodnoty účtu pojistníka, která je rovna počtu podílových jednotek vynásobených jejich prodejní cenou. Nákupní a prodejní ceny podílových jednotek stanovuje pojistitel nejméně jedenkrát týdně.

9. Pojistné smlouvy vázané na investiční podíly

Jde o pojistné smlouvy investičního životního pojištění (viz bod 1 písm. f)), pro jehož účely jsou zakládány investiční fondy. Fondem se rozumí portfolio investičních instrumentů ve vlastnictví pojistitele, jež je složeno z dopředu určených typů investic. Fond se skládá z podílových jednotek stejné hodnoty. Ke každé smlouvě vede pojistitel individuální účet (účet pojistníka), který je tvořen podílovými jednotkami jednotlivých fondů nakoupenými za zaplacené pojistné. Prostřednictvím těchto podílových jednotek se určuje podíl pojistníka na hodnotě daného fondu, aniž by jimi pojistníkovi byla zaručena dodatečná práva z aktiv tohoto fondu. Celkový součet počtu podílových jednotek z jednotlivých fondů na účtu pojistníka vynásobených prodejní cenou podílových jednotek příslušných fondů se uvažuje jako hodnota účtu pojistníka. Při splnění podmínek daných pojistnou smlouvou má pojistník právo požádat pojistitele o prodej části podílových jednotek z účtu pojistníka, čímž se hodnota účtu sníží. Jednotlivé fondy představují různé druhy investic, které se od sebe liší předpokládanými výnosy a riziky. Pojistitel předloží pojistníkovi nabídku fondu a poskytne mu informace o investiční strategii jednotlivých fondů. Jednotlivé investiční strategie se navzájem liší podle poměru rozložení investice do akciových a dluhopisových fondů a případně jiných aktiv. Pojistník může podle svých rizikových preferencí volit jeden nebo více fondů z nabídky fondů a vhodným výběrem investiční strategie volit takovou míru rizika a výnosnosti, která je pro něho nejprijatelnější. Podrobnosti k jednotlivým investičním fondům pojistitel poskytuje pojistníkovi v informacích k investičnímu životnímu pojištění a ve formě umožňující dálkový přístup. O aktuální strukturu podkladových aktiv a o aktuálních cenách podílových jednotek pojistitel pravidelně informuje na svých internetových stránkách www.koop.cz.

10. Možnosti odstoupení od pojistné smlouvy

Podle zákona má možnost uplatnit právo na odstoupení od pojistné smlouvy pojistitel i pojistník, porušila-li některá ze smluvních stran své povinnosti, tj. pravdivě a úplně odpovědět na písemné dotazy druhé smluvní strany týkající se pojištění. Toto právo může každá ze smluvních stran uplatnit do 2 měsíců ode dne, kdy takovou skutečnost zjistila, jinak právo zanikne (to platí i v případě změny pojistné smlouvy). Odstoupením se pojistná smlouva od počátku ruší a obě strany si musí vrátit veškerá plnění z pojistné smlouvy, a to bez zbytečného odkladu, nejpozději ve lhůtě do 30 dnů ode dne odstoupení. Pojistitel je povinen vrátit zaplacené pojistné, od něhož odečte to, co již z pojištění plnil. V případě odstoupení pojistitele se od zaplaceného pojistného odečítají i náklady spojené se vznikem a správou pojištění. Pojistník nebo pojištěný, který není současně pojistníkem, je povinen vrátit pojistiteli částku vyplaceného pojistného plnění, která přesahuje výši zaplaceného pojistného.

11. Obecné informace o daňových právních předpisech, které se vztahují k pojištění

Pro zdaňování pojištění platí příslušná ustanovení zákona č. 586/1992 Sb., o daních z příjmů, ve znění pozdějších předpisů (dále jen „zákon o daních z příjmů“). S účinností od 1. 1. 2001 lze uplatnit daňové zvýhodnění životního pojištění. Poplatník si může odečíst od základu daně z příjmu pojistné uhrazené na soukromé životní pojištění, pokud je výplata pojistného plnění ve smlouvě sjednána po 60 měsících a nejdříve v kalendářním roce, v němž poplatník dosáhne 60 let. S účinností od 1. 4. 2004 musí tyto pojistné smlouvy splňovat podmínku minimální pojistné částky pro případ dožití, a to pojistné smlouvy s pojistnou dobou od 5 do 15 let včetně 40 000 Kč a pojistné smlouvy s pojistnou dobou nad 15 let 70 000 Kč. U důchodového pojištění se za minimální pojistnou částku považuje odpovídající jednorázové plnění při dožití. U investičního životního pojištění lze uplatnit daňové zvýhodnění při splnění shora uvedených podmínek zákona o daních z příjmů s výjimkou podmínky minimální pojistné částky (tato podmínka nemusí být splněna, protože nejde o pojistnou smlouvu s pevně sjednanou pojistnou částkou pro případ dožití). Při výplatě pojistného plnění z titulu dožití a při výplatě odkupného

je základem daně vyplacené pojistné plnění nebo odkupné včetně přiznaného podílu na zisku po odečtení zaplaceného pojistného za pojištění, jehož složkou je pojištění pro případ dožití. V případě odkupného a od 1. 1. 2011 také jiného příjmu z pojištění osob, který není pojistným plněním a nezakládá zánik pojistné smlouvy, se pro zjištění základu daně započítává do zaplaceného pojistného pouze pojistné zaplacené pojistníkem, a nikoli jeho zaměstnavatelem. Výše srážkové daně pro plnění z pojištění je určena zákonem o daních z příjmů. Příjem z prodeje části podílových jednotek u investičního životního pojištění a ze snížení hodnoty účtu u životního pojištění s vedením účtu je jiným příjmem z pojištění osob, který není pojistným plněním a nezakládá zánik pojistné smlouvy; tento příjem také ovlivňuje základ daně u pojistného plnění z titulu dožití a u odkupného.

12. Způsob vyřizování stížností

Stížnosti může pojistník, pojištěný nebo oprávněná osoba podat písemně nebo ústně na výše uvedenou adresu sídla pojistitele. Podání jsou však povinny přijmout všechny organizační složky pojistitele i tehdy, když se netýkají jejich činnosti. Na generálním ředitelství se podání přijímají a evidují v úseku interního auditu, na agenturách v sekretariátu ředitele. Jde-li o podání učiněná ústní formou, je povinností příjímajícího vyhotovit písemný záznam se jménem, adresou a popisem předmětu podání, případně kontaktem na stěžovatele (telefon, fax, e-mail) a číselnou identifikaci toho, kdo záznam vyhotovil. O výsledku stížnosti je klient písemně informován. Pojistník, pojištěný nebo oprávněná osoba se mohou rovněž obrátit na Českou národní banku, která vykonává dohled na pojišťovnictví.

C. Definice politicky exponované osoby

Politicky exponovanou osobou (PEP) se rozumí ve smyslu zákona č. 253/2008 Sb., o některých opatřeních proti legalizaci výnosů z trestné činnosti a financování terorismu, ve znění pozdějších předpisů:

- 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 ní povinně 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).

Praha 1. 11. 2012

www.koop.cz



Ke každému úrazu vyplňte pouze jeden tento formulář, ve kterém uvedte čísla všech smluv, jimiž jste u pojistitele pojištěn(a) pro případ úrazu. Vyplňte části B. až E. – bez jejich úplného vyplnění včetně podpisu nelze poskytnout pojistné plnění – a předejte k vyplnění části F. svému ošetřujícímu lékaři z oboru medicíny, který je příslušný k podání zprávy podle charakteru úrazu – např. ortopedie, traumatologie. Uplatňujete-li právo na pojistné plnění za tělesné poškození způsobené úrazem, které bylo léčeno operací, nebo pokud jste byl(a) hospitalizován(a), přiložte propouštěcí zprávu z nemocnice, příp. operační protokol, máte-li je k dispozici. **Náklady spojené s vyplněním zprávy lékaře pojistitel nehradí** (podle zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění, ve znění pozdějších předpisů, jde o výkon provedený v osobním zájmu a na žádost fyzické osoby, který není hrazen ze zdravotního pojištění). Osobní údaje vč. údajů o zdravotním stavu (dále jen „údaje“) jsou zpracovány 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.

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. POJIŠTĚNÝ

| | | | |
|--|-----------------|--|-------|
| Rodné číslo ¹⁾ | Příjmení | Jméno | Titul |
| Adresa trvalého pobytu/bydliště Ulice (místo), číslo popisné/orientační | | PSČ | |
| Obec – dodací pošta | | <input type="checkbox"/> Jiný stát než ČR, jaký, ZIP kód ^{2,3)} | |
| E-mail | Mobilní telefon | Telefon | |
| Povolání - oblast podnikání k datu úrazu | | Jste <input type="checkbox"/> pravák <input type="checkbox"/> levák | |

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

C. ÚDAJE O POJIŠTĚNÍ A O ÚRAZU

Nestačí-li pro požadované údaje místo v předtisknutých kolonkách, uveďte je na samostatném listu, který přiložte k tomuto formuláři.

| | | | |
|---|------------------------|--|--|
| Číslo pojistné smlouvy | Číslo pojistné smlouvy | Číslo pojistné smlouvy | Číslo pojistné smlouvy |
| Datum, čas a místo úrazu | | | |
| Podrobný popis průběhu a okolností úrazu | | | |
| | | | Došlo k úrazu při výkonu povolání? <input type="checkbox"/> Ano <input type="checkbox"/> Ne |
| Poraněná část těla | | | Byla postižena již před úrazem? <input type="checkbox"/> Ano <input type="checkbox"/> Ne |
| Adresa zdravotnického zařízení, které Vám poskytlo první ošetření úrazu | | | Datum prvního ošetření |
| Adresa zdravotnického zařízení, ve kterém byl Váš úraz léčen | | | Název (kód) Vaší zdravotní pojišťovny |
| Jméno a adresa Vašeho praktického lékaře | | | |
| Stal se úraz při sportovní nebo tělovýchovné činnosti? | | <input type="checkbox"/> Ano <input type="checkbox"/> Ne | Pokud ano, uveďte, zda činnost byla organizována a kým |
| Jste registrovaný sportovec? | | <input type="checkbox"/> Ano <input type="checkbox"/> Ne | Pokud ano, pro který sport? |
| Provozujete tento sport jako aktivní účastník organizovaných soutěží? | | <input type="checkbox"/> Ano <input type="checkbox"/> Ne | Pokud ano, v jaké soutěži? |
| Stal se úraz při dopravní nehodě? | | <input type="checkbox"/> Ano <input type="checkbox"/> Ne | Byl jste na místě dopravní nehody ošetřen zdravotnickou záchrannou službou? <input type="checkbox"/> Ano <input type="checkbox"/> Ne |
| Při úrazu osob, dopravovaných motorovým vozidlem, uveďte RZ (SPZ) | | Jména osob, které byly zraněny | |
| Jméno a adresa vlastníka vozidla | | Jména a adresy řidiče a spolujezdců | |
| Jména svědků úrazu (včetně adresy) | | Adresa orgánu, který případ vyšetřoval | |

D. 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 a příjmení/Název |
| <input type="checkbox"/> Adresu trvalého pobytu/bydliště uvedenou v části B. | Ulice, číslo popisné/orientační, PSČ, obec | |

Náleží-li pojistné plnění nezletilé osobě nebo osobě, jejíž způsobilost k právním úkonům je omezena, uveďte údaje o jejím zákonném zástupci.

E. PŘILOŽENÉ DOKUMENTY

Propouštěcí zpráva Operační protokol Usnesení policie Záznam policie o dopravní nehodě Jiné:

Prohlašuji, že všechny údaje v tomto tiskopisu jsem uvedl(a) úplně a pravdivě a že nárok na plnění v důsledku uvedeného úrazu uplatňuji jen na tomto tiskopisu. Jsem si vědom(a) právních důsledků neúplných nebo nepravdivých odpovědí na povinnost pojistitele plnit. Dále se zavazuji oznámit pojistiteli bez zbytečného odkladu každou změnu výše uvedených údajů. Zmocňuji tímto pojistitele, aby z důvodu zjištění mého zdravotního stavu, v souvislosti s výkonem práv a plněním povinností pojistitele plynoucích z pojistné smlouvy činil dotazy, a to i po mé smrti, ohledně mého zdravotního stavu u příslušných lékařů (zdravotnických zařízení) a žádal tyto lékaře (zdravotnická zařízení) o pořízení výpisů nebo opisů ze zdravotnické dokumentace vedené o mé osobě, popř. z jiných zápisů, které se vztahují k mému zdravotnímu stavu. Zároveň v souladu s § 51 odst. 2 písm. b) zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování, opravňuji příslušného lékaře (zdravotnické zařízení), aby pojistiteli na jeho žádost - v rozsahu výše uvedeného zmocnění - poskytl požadované informace tak, jak je povinen je poskytovat pacientovi podle § 31 a následně citovaného zákona.

| | |
|---|---|
| Datum | Vyjádření právnické osoby, která sjednala pojištění ve prospěch fyzické osoby |
| 2011 | Došlo k úrazu při pojištěné činnosti (pracovní, zájmové, sportovní apod.)? <input type="checkbox"/> Ano <input type="checkbox"/> Ne |
| Podpis pojištěného (oprávněné osoby) | Razítko a podpis právnické osoby |
| Podpis zákonného zástupce, není-li pojištěný (oprávněná osoba) způsobilý k právním úkonům | |

F. ZPRÁVA LÉKAŘE

Informace pro lékaře

Odměnu za vyplnění této zprávy Vám uhradí pojištěný (oprávněná osoba). Prosíme o čitelné vyplnění všech údajů. Nestáčí-li pro požadované údaje místo v předtisknutých kolonkách, uveďte je na samostatném listu, který přiložte k tomuto formuláři.

| | | | | |
|---|--|----------------|---------------------|-----------------------------|
| Lékař potvrzuje, že ošetřoval pojištěného | | | | |
| Rodné číslo ¹⁾ | | Příjmení | Jméno | Titul |
| a zjistil u něj tělesná poškození tohoto druhu a rozsahu | | | | |
| Kdy došlo k prvnímu lékařskému ošetření (uveďte datum, adresu zdravotnického zařízení a jméno lékaře) | | | | |
| Diagnóza vlastního zranění (česky) | | | | Kód diagnózy podle MKN - 10 |
| Podrobný popis tělesného poškození způsobeného úrazem s určením jeho rozsahu (např. u zhmožděnin uveďte, zda došlo k poruše funkce postižené části těla; u rány typ a velikost; u popálenin jejich plochu v cm ² nebo v % povrchu těla pro příslušný stupeň popáleniny; u poranění zubů číslo zubu a zda došlo k jeho ztrátě nebo ohrožení vitality zubní dřevě) | | | | |
| Výsledek radiodiagnostického vyšetření - RTG, CT, MR, sono aj. (přiložte popis z RDG oddělení) | | | | |
| Co udal pacient při prvním ošetření jako příčinu úrazu? | | | | |
| Podrobně popište způsob léčení (u zlomenin, vymknutí a těžkých podvrtnutí udejte dobu pevné fixace) | | | | |
| Kde byl poraněný hospitalizován? | | | | |
| Operace (operační nález - přiložte, prosím, kopii operačního protokolu) | | | | |
| Předpokládaná doba léčení tělesného poškození způsobeného úrazem bude činit _____ týdnů | | | | |
| Došlo-li k prodloužení doby léčení v důsledku komplikací, uveďte, o jaké komplikace šlo | | | | |
| Uveďte datum, kdy došlo k ustálení zdravotního stavu bez dalšího funkčního zlepšení | | | | |
| Celková doba léčení v důsledku úrazu trvala | | | | |
| Doba pracovní neschopnosti v důsledku úrazu trvala | | | | |
| Byl vystaven tiskopis ČSSZ – 89 610 0 „Rozhodnutí o dočasné pracovní neschopnosti“ ²⁾ <input type="checkbox"/> Ano <input type="checkbox"/> Ne Pokud ano, uveďte jeho číslo | | | | |
| Byly poraněná část těla nebo orgán již před úrazem postiženy? <input type="checkbox"/> Ano <input type="checkbox"/> Ne | | | | |
| Pokud ano, uveďte kdy, jak a v jakém rozsahu | | | | |
| Došlo k úrazu 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 _____ ‰ alkoholu. Do jaké míry požitý alkohol nebo omamná či toxická látka ovlivnily chování pojištěného? | | | | |
| Bylo příčinou úrazu úmyslné sebepoškození? <input type="checkbox"/> Ano <input type="checkbox"/> Ne Předpokládáte, že úraz zanechá trvalé následky? <input type="checkbox"/> Ano <input type="checkbox"/> Ne | | | | |
| Pokud ano, uveďte jakého pravděpodobného druhu a rozsahu | | | | |
| Jiná sdělení lékaře | | | | |
| Název zdravotnického zařízení nebo jméno lékaře | | | | |
| Ulice (místo), číslo popisné/orientační | | | Obec - dodací pošta | PSČ |
| Název oddělení | | Číslo oddělení | Telefon | |

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

²⁾ Platnou variantu označte křížkem (platí i v ostatních kolonkách s možností více variant).

Datum

2 0 1 1

Razítko a podpis lékaře



Oznámení trvalých následků úrazu

Na tomto formuláři lze uplatnit právo na pojistné plnění za **trvalé následky úrazu**, které lze hodnotit nejdříve **po jejich ustálení, nejpozději však ke 3 rokům od úrazu**. **Vyplňte části B. až D.** – bez jejich úplného vyplnění včetně podpisu nelze poskytnout pojistné plnění – a **předejte k vyplnění části E. svému ošetřujícímu lékaři** z oboru medicíny, který je příslušný k podání zprávy podle charakteru trvalých následků – např. ortopedie, traumatologie. **Náklady spojené s vyplněním zprávy lékaře pojistitel nehradí** (podle zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění, ve znění pozdějších předpisů, jde o výkon provedený v osobním zájmu a na žádost fyzické osoby, který není hrazen ze zdravotního pojištění).
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.

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. POJIŠTĚNÝ

| | | | |
|--|-----------------|--|-------|
| Rodné číslo ¹⁾ | Příjmení | Jméno | Titul |
| Adresa trvalého pobytu/bydliště Ulice (místo), číslo popisné/orientační | | | PSČ |
| Obec – dodací pošta | | <input type="checkbox"/> Jiný stát než ČR, jaký, ZIP kód ²⁾ | |
| E-mail | Mobilní telefon | Telefon | |

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

C. ÚDAJE O POJIŠTĚNÍ

| | | | |
|-------------------------|-------------------------|-------------------------|-------------------------|
| Číslo pojistné smlouvy | Číslo pojistné smlouvy | Číslo pojistné smlouvy | Číslo pojistné smlouvy |
| Číslo pojistné události | Číslo pojistné události | Číslo pojistné události | Číslo pojistné události |

D. ZPŮSOB VÝPLATY PLNĚNÍ

Pojistné plnění poukažte na (uved'te pouze jednu z možností)

Číslo účtu

Pojistnou smlouvu č.

Adresu trvalého pobytu/bydliště uvedenou v části B.

Jinou adresu

Náleží-li pojistné plnění nezletilé osobě nebo osobě, jejíž způsobilost k právním úkonům je omezena, uveďte údaje o jejím zákonném zástupci.

Datum: 2011

Podpis pojištěného (oprávněné osoby) _____ Podpis zákonného zástupce, není-li pojištěný (oprávněná osoba) způsobilý k právním úkonům _____

E. ZPRÁVA LÉKAŘE

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

Údaje o úrazu: Datum úrazu _____ Místo úrazu _____

Podrobný popis průběhu a okolností úrazu, jak je uvedl pojištěný: _____

Co udal pojištěný jako příčinu úrazu: _____

Kdy došlo k prvnímu lékařskému ošetření (uved'te datum, název a adresu zdravotnického zařízení a jméno lékaře): _____ Datum _____

Diagnóza tělesného poškození způsobeného úrazem: _____ Kód diagnózy podle MKN - 10 _____

Zdravotní stav pojištěného před úrazem (anamnéza)

| | | |
|---|--|--|
| Bylo tělesné poškození způsobeno výlučně uvedeným úrazem? | <input type="checkbox"/> Ano <input type="checkbox"/> Ne | Pokud ne, uveďte jaké zdravotní obtíže či nemoc se podílely na vzniku tělesného poškození: _____ |
| Byla poraněná část těla nebo orgán již před úrazem postižena? | <input type="checkbox"/> Ano <input type="checkbox"/> Ne | Pokud ano, uveďte jak a v jakém rozsahu: _____ |
| Trpí pojištěný některou ze závažnějších nemocí (např. cukrovka, onemocnění pohybového ústrojí)? | <input type="checkbox"/> Ano <input type="checkbox"/> Ne | Pokud ano, uveďte jakou a odkdy: _____ |
| Utrpěl pojištěný před tímto úrazem jiný úraz? | <input type="checkbox"/> Ano <input type="checkbox"/> Ne | Pokud ano, uveďte rok vzniku úrazu, diagnózu, jak a kde byl úraz léčen a jaké následky zanechal: _____ |

Léčení tělesného poškození způsobeného úrazem

Podrobně popište způsob léčení (u zlomenin, vymknutí a těžkých podvrtnutí udejte dobu pevné fixace):

Kde a kdy byl poraněný hospitalizován?

od

do

Operace (operační název - přiložte prosím kopii operačního protokolu):

Kde byl poraněný léčen? Uveďte název a adresu všech zdravotnických zařízení, jména lékařů a datum od - do:

Je plánováno další léčení poraněného? Uveďte jaké (např. rehabilitace, operace, odstranění osteosyntetického materiálu, plastika vazů):

Je léčení poraněného
skončeno?*)

Ano

Ne

Zanechal-li úraz
poraněnému trvalé
následky, jsou ustáleny?

Ano

Ne

Pokud nejsou ustáleny, uveďte důvod:

Hodnocení trvalých následků úrazu

Lékař potvrzuje, že u pojištěného

Rodné číslo¹⁾

Příjmení

Jméno

Titul

zjistil trvalé následky tohoto druhu a rozsahu:

Subjektivní potíže udávané pojištěným:

Objektivní nález (u jizev v obličejí uveďte jejich podrobný popis - délku v cm, plochu v cm² nebo zakreslete na obrázku):



Pojištěný je

pravák

levák

PHK

LHK

Při poranění končetin uveďte

popis osy končetiny, které pohyby jsou omezeny, omezení
hybnosti kloubu (lehký, střední, těžký stupeň).

Při poruše úchopové funkce HK uveďte

kolik cm chybí do úplného sevření do dlaně, nemožnost
natažení v cm.

PDK

LDK

Při poranění DK uveďte

délku obou končetin, stabilitu kloubu - Lachman, viklavost kloubu,
pronaci, supinaci, hypotrofi svalstva (srovnání
s druhou DK), menisektomi (částečnou, úplnou)

Název zdravotnického zařízení nebo jméno lékaře

Ulice (místo), číslo popisné/orientační

Obec - dodací pošta

PSČ

Název oddělení

Číslo oddělení

Telefon

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

²⁾ Platnou variantu označte křížkem (platí i v ostatních případech
s možností více variant).

Datum

201

Razítko a podpis lékaře



Oznámení smrti

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 F. – uplatňuje-li právo na pojistné plnění **více oprávněných osob, vyplní každá z nich tyto části samostatně** (bez jejich úplného vyplnění včetně podpisu nelze poskytnout pojistné plnění) – a **předějte k vyplnění části G. ošetřujícímu lékaři pojištěného**. Část G. Zpráva lékaře se vyplňuje **pouze tehdy, zemřel-li pojištěný do 5 let od počátku pojištění nebo zemřel-li následkem úrazu** (uplatňuje-li právo na pojistné plnění více oprávněných osob, vyplnění této části stačí pouze jednou).

Není-li v pojistné smlouvě, z níž uplatňujete právo na pojistné plnění, určen obmyšlený, uveďte v části D. název (jméno) a adresu příslušného notáře (soudu), který vyřizuje pozůstalost.

V části F. označte dokumenty, které k tomuto formuláři přikládáte – nezbytné jsou tyto dokumenty: fotokopie úmrtního listu; doklad s uvedením příčiny smrti (např. lékařská zpráva, pitevní protokol, výpis z matriky, doklad o ohledání mrtvého); usnesení policie v případě smrti, k níž došlo při dopravní nehodě, sebevraždou, zaviněním jiné osoby (bylo-li úmrtí policií vyšetřováno).

Náklady spojené s vyplněním zprávy lékaře pojistitel nehradí (podle zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění, ve znění pozdějších předpisů, jde o výkon provedený v osobním zájmu a na žádost fyzické osoby, který není hrazen ze zdravotního pojištění).

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.

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. POJIŠTĚNÝ

| | | | |
|---|----------|--|-------|
| Rodné číslo ¹⁾ | Příjmení | Jméno | Titul |
| Adresa trvalého pobytu/bydliště | | PSČ | |
| Ulice (místo), číslo popisné/orientační | | | |
| Obec – dodací pošta | | <input type="checkbox"/> Jiný stát než ČR, jaký, ZIP kód ^{2,3)} | |

¹⁾ U zizinců se zapisuje datum narození ve tvaru RR/MM/DD/9999.
²⁾ Není-li vyplněno, platí stát ČR.
³⁾ Platnou variantu označte křížkem (platí i v ostatních případech s možností více variant).

C. OPRAVNĚNÁ OSOBA

| | | | | |
|---|---|--|---|--|
| Fyzická osoba | <input type="checkbox"/> pojistník | <input type="checkbox"/> obmyšlený | <input type="checkbox"/> jiná osoba (vztah k pojištěnému): | <input type="checkbox"/> Právnícká osoba ⁴⁾ |
| Rodné číslo/IČ ⁵⁾ | Příjmení/Název firmy | Jméno | Titul | |
| Jednající - funkce | Příjmení | Jméno | Titul | |
| Občanský průkaz ČR nebo jiný průkaz (druh, číslo, vydávající orgán, stát) | Platnost průkazu do | Místo, stát narození ⁶⁾ | <input type="checkbox"/> Jiné státní občanství než ČR, jaké ⁷⁾ | PEP ⁸⁾ <input type="checkbox"/> Ano <input type="checkbox"/> Ne |
| Adresa trvalého pobytu (bydliště)/sídla | Ulice (místo), číslo popisné/orientační | PSČ | | |
| Obec – dodací pošta | | <input type="checkbox"/> Jiný stát než ČR, jaký, ZIP kód ⁹⁾ | | |
| E-mail | Mobilní telefon | Telefon | | |

⁴⁾ Je-li oprávněnou osobou osoba právnícká, vyplní se pouze její IČ a název; pro identifikaci „osob, které za ni jedná“, je třeba použít zvláštní formulář Vo-800 „Identifikace a základní kontrola fyzické osoby“. Tento formulář se rovněž použije, je-li oprávněnou osobou osoba fyzická, která je zastoupena zákonným zástupcem nebo zmocněncem.
⁵⁾ V takovém případě se vyplněný formulář Vo-800 označí v části F. a přiloží k tomuto formuláři.
⁶⁾ Není-li vyplněno, platí státní občanství/stát narození/stát ČR.
⁷⁾ Je-li označeno křížkem Ano, považuje se oprávněnou osobou za PEP, tj. politicky exponovanou osobu, blíže viz „Informace pro zájemce o pojištění osob“ na www.koop.cz

D. ÚDAJE O POJIŠTĚNÍ A ŠKODNÉ UDÁLOSTI

| | | | |
|---|------------------------------------|---|------------------------|
| Číslo pojistné smlouvy | Číslo pojistné smlouvy | Číslo pojistné smlouvy | Číslo pojistné smlouvy |
| Datum úmrtí | Příčina úmrtí | <input type="checkbox"/> smrt následkem úrazu <input type="checkbox"/> smrt z jiné příčiny, jaké: | |
| 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 | | |
| Při úrazu osob dopravovaných motorovým vozidlem uveďte RZ (SPZ) | Jméno a adresa vlastníka vozidla | | |
| Jména a adresy řidiče a spolujezdců | Jména svědků úrazu (včetně adresy) | | |
| Adresa orgánu, který případ vyšetřoval | | | |

E. ZPŮSOB VÝPLATY PLNĚNÍ

| | | | |
|--|--|-----------------------|--|
| Pojistné plnění / nespotřebované pojistné / přeplatek pojistného 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) / sídla uvedenou v části C. | Ulice, číslo popisné/orientační, PSČ, obec | | |
| Náleželi-li pojistné plnění nezletilé osobě nebo osobě, jejíž způsobilost k právním úkonům je omezena, uveďte údaje o jejím zákonném zástupci (např. otec, matka, opatrovník). | | | |

F. PŘILOŽENÉ DOKUMENTY¹⁾

¹⁾ Platnou variantu označte křížkem (platí i v ostatních případech s možností více variant).

- | | | | | |
|---|--|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Fotokopie úmrtního listu | <input type="checkbox"/> Pítevní protokol | <input type="checkbox"/> Výpis z matriky | <input type="checkbox"/> Usnesení policie | <input type="checkbox"/> Doklad o ohledání mrtvého |
| <input type="checkbox"/> Formulář Vo-800 | <input type="checkbox"/> Zdravotní dokumentace | <input type="checkbox"/> Propouštěcí zpráva | <input type="checkbox"/> Operační protokol | <input type="checkbox"/> Jiné: |

Prohlašuji, že všechny údaje v tomto tiskopisu jsem uvedl(a) úplně a pravdivě. Jsem si vědom(a) právních důsledků neúplných nebo nepravdivých odpovědí na povinnost pojistitele plnit. Dále se zavazuji oznámit pojistiteli bez zbytečného odkladu každou změnu výše uvedených údajů.

| | | | | | | | | |
|-------------------|--|---------|------------------------|---|---|--|--|--|
| Datum | 2 0 1 | | Podpis oprávněné osoby | | Podpis zákonného zástupce, není-li oprávněná osoba způsobilá k právním úkonům | | Jméno a příjmení/název ziskatele a jeho podpis | |
| Ziskatelské číslo | Osobní číslo spolupracovníka ziskatele | Telefon | E-mail | Zástupce pojistitele ověřil identifikační údaje a shodu podoby oprávněné osoby dle předloženého průkazu totožnosti. | | | | |

G. 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 ²⁾ | 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) | | | | | | | |
| Byl pojištěný hospitalizován v souvislosti s diagnózou, která byla příčinou smrti? | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> Ano <input type="checkbox"/> Ne | | | | | | | |
| od | | | | do | | | |
| Ve kterém zdravotnickém zařízení? | | | | | | | |
| Došlo k úmrtí následkem požití alkoholu nebo aplikace omamných či toxických látek, nebo přípravků tyto látky obsahující? <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"/> promíle 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) | | | | | | | |
| Nastalo úmrtí pojištěného v důsledku úmyslného sebepoškození - sebevraždy? <input type="checkbox"/> Ano <input type="checkbox"/> Ne | | | | | | | |
| Jiná sdělení lékaře | | | | | | | |
| Název zdravotnického zařízení nebo jméno lékaře | | | | | | | |
| Ulice (místo), číslo popisné/orientační | | Obec - dodací pošta | PSČ | | | | |
| Název oddělení | | Číslo oddělení | Telefon | | | | |

²⁾ U cizinců se zapisuje datum narození ve tvaru RRMMDD/9999.

| | | | | |
|-------|-----------|--|-------------------------|--|
| Datum | 2 0 1 | | Razítko a podpis lékaře | |
|-------|-----------|--|-------------------------|--|