



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 **předejte 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 obmyslený, 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
IČO 47116617, zapsaná v obchodním rejstříku u Městského soudu v Praze, sp. zn. B 1897

B. POJIŠTĚNÝ

¹⁾ U cizinců se zapíše 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).

| | | | |
|--|----------|--|-------|
| 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⁾ | |

C. OPRÁVNĚNÁ OSOBA

¹⁾ Je-li oprávněnou osobou osoba právnická, vyplní se pouze její IČO a název; pro identifikaci „osob, které za ni jedná“, je třeba použít zvláštní formulář Vo-800 nebo Vo-118 „Identifikace a základní kontrola fyzické osoby“. Tento formulář se rovněž použije, je-li oprávněnou osobou osoba fyzická, která je zastoupena zákonným zástupcem nebo zmocněncem. V takovém případě se vyplňuje formulář Vo-800 nebo Vo-118 označit v části F. a přiložit k tomuto formuláři.
²⁾ Není-li vyplněno, platí státní občanství/stát narození/stát ČR.
³⁾ Je-li označeno křížkem Ano, považuje se oprávněná osoba za PEP, tj. politicky exponovanou osobu, blíže na www.koop.cz

| | | | | |
|---|--|------------------------------------|---|---|
| Fyzická osoba | <input type="checkbox"/> pojistník | <input type="checkbox"/> obmyslený | <input type="checkbox"/> jiná osoba (vztah k pojištěnému): | <input type="checkbox"/> Právnická osoba ¹⁾ |
| Rodné číslo/IČO ¹⁾ | 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 ²⁾ | <input type="checkbox"/> Jiné státní občanství než ČR, jaké ³⁾ | PEP ³⁾ Ano <input type="checkbox"/> Pohlaví <input type="checkbox"/> Muž <input type="checkbox"/> Žena |
| Adresa trvalého pobytu (bydliště)/sídla | 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 | | |

D. ÚDAJE O POJIŠTĚNÍ A POJISTNÉ 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 | | |
| Náleží-li pojistné plnění nezletilé nebo nesvéprávné osobě, 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 nebo Vo-118 | <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 plně svéprávná | | 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 | |
|-------|-----------|--|-------------------------|--|