



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 spolujezdce		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	
-------	-----------	--	-------------------------	--