

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.

## Žádost o změnu v pojistné smlouvě FLEXI rizikové životní pojištění

## Z2149

Tato žádost slouží výhradně pro pojistné smlouvy FLEXI rizikové životní pojištění.

Číslo pojistné smlouvy

Číslo předchozích smluv (ná vaznost pojištění)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
------------------------------------------------	----------------------	----------------------	----------------------

### Já jako pojistník

Příjmení, jméno, titul / Obchodní firma

Rodné číslo / IČO

### Upozornění:

**Pokud žádáte změnu v rozsahu pojištění, uvádějte pouze změny požadované oproti současnému stavu pojištění. Jednotlivá pojištění a pojistné částky, které nepožadujete touto žádostí změnit nebo zrušit, zůstávají zachovány v rozsahu sjednaném v pojistné smlouvě, příp. jejich dodatkách.**

**Část A. Netechnické a technické změny** (určeno pro níže uvedené změny, pro změny rozsahu pojištění slouží částí B. až D.):

**1. Netechnické změny a sdělení** – nemají vliv na výši pojistného (změna adresy, telefonního čísla, změna jména, příjmení pojistníka, změna obmyšlené osoby, změna podmínek vinkulace pojistného plnění apod.).

### Změna mých kontaktních údajů (jste-li současně 1. pojištěný, není třeba změny kontaktních údajů vyplňovat v části B.)

Příjmení, jméno, titul / Obchodní firma

Rodné číslo / IČO

Místo narození (obec)

Stát narození

Státní občanství

Povolání

OSVČ

zrušení OSVČ

Riziková skupina Sportovní/Zájmová činnost

E-mail

Telefon

### Trvalé bydliště / Sídlo společnosti

Ulice

Č.p.

PSČ

Obec

Stát

### Kontaktní adresa (vyplňte pouze v případě, pokud není shodná s adresou trvalého bydliště)

Lze uvést upřesnění adresy (např. bytem u... nebo obchodní firma)

Ulice

Č.p.

PSČ

Obec

Stát

zrušení kontaktní adresy

### Identifikační údaje

Pohlaví  muž  žena, platný průkaz totožnosti \_\_\_\_\_ č. \_\_\_\_\_,

doba platnosti do \_\_\_\_\_, vydán státem \_\_\_\_\_ orgánem \_\_\_\_\_.

### Změna mého statusu politicky exponované osoby (dále jen „PEP“)

(nevyplňujte, pokud jste právnická osoba)

Jste politicky exponovaná osoba (PEP)?

Ano  Ne

**Obmyšlené osoby pro případ smrti (příjmení, jméno / obchodní firma, datum narození / IČO, podíl v %)**

1. pojištěný

_____	_____	_____ %
_____	_____	_____ %
_____	_____	_____ %
_____	_____	_____ %

2. pojištěný

_____	_____	_____ %
_____	_____	_____ %
_____	_____	_____ %
_____	_____	_____ %

**Vinkulace pojistného plnění** **Sjednání** (Vyplňte vždy název, IČO a kontaktní adresu oprávněného subjektu, v jehož prospěch je vinkulace sjednána.) **Zrušení** (Doložte souhlas vinkulačního partnera.) **Změna** (Doložte souhlas původního vinkulačního partnera se zrušením vinkulace.)

Název oprávněného subjektu

IČO

**Kontaktní adresa**

Ulice	Č.p.	PSČ
_____	_____	_____
Obec	Stát	
_____	_____	

Číslo úvěrové smlouvy (je-li známo)

_____
-------

Souhlasím s tím, aby pojišťovna poskytla výše uvedené třetí osobě informace týkající se pojištění specifikovaného výše, zejména informace o placení pojistného, trvání pojistné smlouvy, informace o zániku pojištění nebo o vzniku nároku na pojistné plnění.

2. **Technické změny** – mají vliv na výši pojistného (změna výše běžného pojistného, změna doby trvání, změna frekvence placení, změna techniky placení apod.).

Datum účinnosti dodatku od \_\_\_\_\_ Změna doby trvání do \_\_\_\_\_ let věku (mladšího z dvojice pojištěných).

**Pojistné a způsob placení pojistného**Frekvence placení pojistného:  ročně  pololetně  čtvrtletně  měsíčně

Celkové běžné pojistné (dle frekvence placení za všechny pojištěné osoby)

\_\_\_\_\_ Kč

Po přezkoumání žádosti o změnu, zdravotnické dokumentace a následném ocenění námi přejímaného rizika může dojít k automatické úpravě pojistného do 300 Kč ročně. Pokud je úprava vypočtena nad 300 Kč ročně a není vámi odsouhlasena, nebude žádost o změnu přijata.

**Technika placení pojistného:**

SIPO	spojovací číslo			
<input type="checkbox"/>	_____			
inkaso z účtu	e-faktura (ČS)	číslo účtu	kód banky	specifický symbol
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____	_____

jiný způsob (např. trvalý příkaz)

**Část B. Žádost o změnu - 1. pojištěný**

změna osoby  změna rozsahu pojištění  změna kontaktních údajů

Příjmení, jméno, titul

Rodné číslo

Povolání

OSVČ

zrušení OSVČ

Riziková skupina Sportovní/Zájmová činnost

E-mail

Telefon

**Kontaktní adresa**

Ulice

Č.p.

PSČ

Obec



Stát



**Doplnění/změna rozsahu pojištění/zrušení**

Základní pojištění smrti (v případě dvojice platí pro obě pojištěné osoby)				Zrušení	
pojistná částka	varianta klesání	individuální konec	pojištění	individu. konce	
_____ Kč	-	_____ let	-	<input type="checkbox"/>	

Doplňkové pojištění smrti				Zrušení	
pojistná částka	varianta klesání	individuální konec	pojištění	individu. konce	
konstantní _____ Kč	-	_____ let	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
klesající _____ Kč	<input type="checkbox"/> lineárně* <input type="checkbox"/> anuitně* úrok úvěru _____, _____ % p. a.	_____ let	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Pojištění vážných nemocí a úrazů					Zrušení		
pojistná částka	varianta pojištění	varianta klesání	Připojištění na novotvary in situ	individuální konec	Připojištění na novotvary in situ	pojištění	individu. konce
konstantní _____ Kč	<input type="checkbox"/> kompletní* <input type="checkbox"/> základní*	-	<input type="checkbox"/>	_____ let	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
klesající _____ Kč	<input type="checkbox"/> kompletní* <input type="checkbox"/> základní*	<input type="checkbox"/> lineárně* <input type="checkbox"/> anuitně* úrok úvěru _____, _____ % p. a.	<input type="checkbox"/>	_____ let	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Pojištění invalidity nebo dlouhodobé péče				Zrušení	
pojistná částka	varianta pojištění	varianta klesání	individuální konec	pojištění	individu. konce
konstantní 3. st. _____ Kč 	<input type="checkbox"/> úraz nebo nemoc* <input type="checkbox"/> úraz*	-	_____ let	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. st. _____ Kč				<input type="checkbox"/>	
1. st. _____ Kč				<input type="checkbox"/>	
klesající 3. st. _____ Kč 	<input type="checkbox"/> úraz nebo nemoc* <input type="checkbox"/> úraz*	<input type="checkbox"/> lineárně* <input type="checkbox"/> anuitně* úrok úvěru _____, _____ % p. a.	_____ let	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. st. _____ Kč				<input type="checkbox"/>	
1. st. _____ Kč				<input type="checkbox"/>	

Pojištění úvěru				Zrušení		
pojistná částka		varianta klesání		individuální konec	pojištění	individ. konce
 <b>Pojištění smrti a Pojištění invalidity 3. stupně nebo dlouhodobé péče (stupeň závislosti II a vyšší)</b> <input type="checkbox"/> 2. stupeň invalidity <input type="checkbox"/> 1. stupeň invalidity	_____ Kč	anuitně klesající úrok úvěru _____ % p. a.	_____ let	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>Pojištění pracovní neschopnosti – úraz, nemoc od 1. dne (PN min. 29 dnů)</b> _____ Kč/den		-		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Pojištění	Doplnění/změna rozsahu pojištění		Zrušení			
	pojistná částka	individuální konec	pojištění	individ. konce		
<b>Zdravotní a sociální infolinka MAJÁK</b>	<input type="checkbox"/>	-	<input type="checkbox"/>	-		
<b>Pojištění zproštění od placení pojistného z důvodu invalidity nebo dlouhodobé péče</b>	<input type="checkbox"/>	-	<input type="checkbox"/>	-		
<b>Pojištění smrti následkem úrazu</b>	_____ Kč 	_____ let	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
<b>Pojištění trvalých následků úrazu – s progresí od 0,5 % těl. poškození**</b> <input type="checkbox"/> 4násobná progresie* <input type="checkbox"/> 10násobná progresie Plus*	_____ Kč	_____ let	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	_____ Kč					
<b>Pojištění trvalých následků úrazu – s progresí od 10 % těl. poškození**</b> <input type="checkbox"/> 4násobná progresie* <input type="checkbox"/> 10násobná progresie Plus*	_____ Kč	_____ let	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	_____ Kč					
<b>Pojištění denního odškodného – úraz (min. doba léčeni 8 dnů) **</b>	_____ Kč/den <input type="checkbox"/> s progresí	_____ let	<input type="checkbox"/> zrušení pojištění	<input type="checkbox"/>		
			<input type="checkbox"/> zrušení progresie			
<b>Pojištění denního odškodného – úraz (min. doba léčeni 29 dnů)**</b>	_____ Kč/den <input type="checkbox"/> s progresí		<input type="checkbox"/> zrušení pojištění			
			<input type="checkbox"/> zrušení progresie			
<b>Pojištění hospitalizace úraz nebo nemoc**</b>	_____ Kč/den	_____ let	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
<b>Pojištění hospitalizace úraz**</b>	_____ Kč/den	_____ let	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
<b>Pojištění ošetřování – úraz nebo nemoc</b>	_____ Kč/den	_____ let	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
<b>Pojištění trvalých následků nemoci</b>	_____ Kč	_____ let	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
<b>Pojištění pracovní neschopnosti – nemoc</b> <input type="checkbox"/> PN15 (následně od <b>15. dne</b> )** <input type="checkbox"/> PN29** <input type="checkbox"/> následně od <b>29. dne</b> * <input type="checkbox"/> od <b>1. dne</b> * <input type="checkbox"/> PN57 (následně od <b>57. dne</b> )**	_____ Kč/den	_____ let	<input type="checkbox"/> PN15 (následně od <b>15. dne</b> )	<input type="checkbox"/>		
	_____ Kč/den		<input type="checkbox"/> PN29			
	_____ Kč/den		<input type="checkbox"/> PN57 (následně od <b>57. dne</b> )			
<b>Přípojištění úrazu k pracovní neschopnosti</b>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	-		
<b>Pojištění invalidity nebo dlouhodobé péče s výplatou doživotní renty</b>	_____ Kč/měsíc		<input type="checkbox"/>	-		
Pojištění	Změna rozsahu pojištění		Zrušení			
	pojistná částka	individuální konec	pojištění	individ. konce		
<b>Pojištění trvalých následků úrazu – s 10násobnou progresí od 0,5 % těl. poškození</b>	_____ Kč	_____ let	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
<b>Pojištění trvalých následků úrazu – s 10násobnou progresí od 10 % těl. poškození</b>	_____ Kč					

\*Zvolte vždy pouze jednu variantu u příslušného pojištění. \*\* Lze zvolit více variant zároveň.

**Dotazník na zdravotní stav pojištěného**

**Jsem si vědom/a toho, že odpovědi na následující zdravotní dotazy mají zásadní význam pro rozhodnutí pojišťovny, jak ohodnotí pojistné riziko, zda jej pojistí a za jakých podmínek. Prohlašuji, že všechny mé odpovědi na písemné dotazy pojišťovny v tomto dotazníku jsou pravdivé a úplné a uvádím všechny informace včetně těch, které se mi mohou jevit jako nepodstatné. Rozumím tomu, že v případě nepravdivého nebo neúplného zodpovězení těchto dotazů může pojišťovna od pojistné smlouvy odstoupit nebo odmítnout či snížit pojistné plnění.**

Výška (cm)		Váha (kg)		
Kouříte nebo jste kouřil/a v posledních 2 letech?				NE ANO <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Pijete nebo jste pil/a alkohol v množství větším než 1 l piva, 0,4 l vína nebo 0,1 l destilátu častěji než 4x do týdne?				NE ANO <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Užíváte nebo jste užíval/a drogy, návykové látky?				NE ANO <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
1. Máte nebo měl/a jste srdeční onemocnění, rakovinu nebo cukrovku?				NE ANO <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
2. Máte nebo měl/a jste onemocnění, vrozenou vadu nebo úraz, které vyžadovaly léčbu a/nebo sledování po dobu delší než 6 měsíců?				NE ANO <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
3. Za posledních 7 let: Byl/a jste hospitalizován/a alespoň jednu noc v nemocnici (kromě hospitalizace z důvodu porodu kratší než 10 dnů)? Byl/a jste v pracovní neschopnosti nebo ve stavu nemocných víc než 3 týdny z důvodu nemoci nebo úrazu? Užíval/a jste nějaké léky po dobu delší než 3 týdny (kromě hormonální antikoncepce a volně prodejných léků)?				NE ANO <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
4. Byl/a jste někdy uznán/a invalidní/m nebo vám byla změněna pracovní schopnost?				NE ANO <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
5. Trpíte v současné době zdravotními obtížemi? Očekáváte lékařskou konzultaci, vyšetření, pobyt v nemocnici (s výjimkou porodu) nebo operaci? Čekáte na výsledky již provedených vyšetření?				NE ANO <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
K žádosti o změnu doložím: <input type="checkbox"/> úplný zdravotní dotazník <input type="checkbox"/> výpis ze zdravotnické dokumentace <input type="checkbox"/> lékařskou prohlídku <input type="checkbox"/> potvrzení příjmu <input type="checkbox"/> EKG <input type="checkbox"/> finanční dotazník <input type="checkbox"/> prostata antigen (PSA) <input type="checkbox"/> HIV test				

**Dotazník pro slevu za zdravý životní styl**

**Prohlašuji, že všechny mé odpovědi na písemné dotazy pojišťovny v tomto dotazníku jsou pravdivé a úplné a uvádím všechny informace. Jsem si vědom/a toho, že v důsledku porušení méj povinnosti oznámit vám při sjednávání pojištění pravdivé údaje, můžete pojistné plnění snížit. Rozumím tomu, že snížení provedete v poměru pojistného, které jste obdrželi, a pojistného, které jste při neporušení této povinnosti obdržet měli.**

Kritérium	Upřesnění
Index tělesné hmotnosti (tzv. BMI) dle zadané výšky a váhy:  Výška _____ cm      Váha _____ kg	<input type="checkbox"/> Méně než 19 <input type="checkbox"/> 19–27 <input type="checkbox"/> 27,1–35 <input type="checkbox"/> Více než 35
Kouříte nebo jste kouřil/a v posledních 2 letech?	<input type="checkbox"/> Ne <input type="checkbox"/> Ano
Pijete nebo jste pil/a alkohol v množství větším než 1 l piva, 0,4 l vína nebo 0,1 l destilátu častěji než 4x do týdne?	<input type="checkbox"/> Ne <input type="checkbox"/> Ano
Užíváte nebo jste užíval/a drogy, návykové látky?	<input type="checkbox"/> Ne <input type="checkbox"/> Ano
Kolik hodin průměrně denně spíte?	<input type="checkbox"/> Méně než 6 hodin <input type="checkbox"/> 6 až 9 hodin <input type="checkbox"/> Více než 9 hodin
Jak často se věnujete pohybu?	<input type="checkbox"/> Vůbec nebo velmi zřídka <input type="checkbox"/> Nepravidelně, v průměru 1x týdně <input type="checkbox"/> Pravidelně min. 2x týdně
Jak často chodíte na preventivní lékařské prohlídky k praktickému lékaři?	<input type="checkbox"/> Min. 1x za 2 roky <input type="checkbox"/> Méně často <input type="checkbox"/> Vůbec

**Část C. Žádost o změnu – 2. pojištěný**

**doplnění/změna osoby**  **změna rozsahu pojištění**  **změna kontaktních údajů**  **zrušení 2. pojištěného**

Příjmení, jméno, titul \_\_\_\_\_

Rodné číslo \_\_\_\_\_

Povolání \_\_\_\_\_ OSVČ  zrušení OSVČ

Riziková skupina  Sportovní/Zájmová činnost \_\_\_\_\_



E-mail \_\_\_\_\_ Telefon \_\_\_\_\_

**Kontaktní adresa**

Ulice \_\_\_\_\_ Č.p. \_\_\_\_\_ PSČ \_\_\_\_\_

Obec \_\_\_\_\_ Stát \_\_\_\_\_

**Doplnění/změna rozsahu pojištění/zrušení**

Základní pojištění smrti (v případě dvojice platí pro obě pojištěné osoby)					Zrušení		
pojistná částka	varianta klesání	individuální konec	pojištění	individu. konce			
<i>(v případě dvojice platí pojistná částka uvedená u 1. pojištěného pro obě pojištěné osoby)</i>							
Doplňkové pojištění smrti					Zrušení		
pojistná částka	varianta klesání	individuální konec	pojištění	individu. konce			
konstantní _____ Kč	-	_____ let	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
klesající _____ Kč	<input type="checkbox"/> lineárně* <input type="checkbox"/> anuitně* úrok úvěru _____ % p. a.	_____ let	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Pojištění vážných nemocí a úrazů					Zrušení		
pojistná částka	varianta pojištění	varianta klesání	Připojištění na novotvary in situ	individuální konec	Připojištění na novotvary in situ	pojištění	individu. konce
konstantní _____ Kč	<input type="checkbox"/> kompletní* <input type="checkbox"/> základní*	-	<input type="checkbox"/>	_____ let	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
klesající _____ Kč	<input type="checkbox"/> kompletní* <input type="checkbox"/> základní*	<input type="checkbox"/> lineárně* <input type="checkbox"/> anuitně* úrok úvěru _____ % p. a.	<input type="checkbox"/>	_____ let	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pojištění invalidity nebo dlouhodobé péče					Zrušení		
pojistná částka	varianta pojištění	varianta klesání	individuální konec	pojištění	individu. konce		
konstantní 3. st. _____ Kč 	<input type="checkbox"/> úraz nebo nemoc* <input type="checkbox"/> úraz*	-	_____ let	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
2. st. _____ Kč				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
1. st. _____ Kč				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
klesající 3. st. _____ Kč 	<input type="checkbox"/> úraz nebo nemoc* <input type="checkbox"/> úraz*	<input type="checkbox"/> lineárně* <input type="checkbox"/> anuitně* úrok úvěru _____ % p. a.	_____ let	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
2. st. _____ Kč				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
1. st. _____ Kč				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

Pojištění úvěru				Zrušení	
pojistná částka	varianta klesání	individuální konec	pojištění	individ. konce	
<b>Pojištění smrti a Pojištění invalidity 3. stupně nebo dlouhodobé péče (stupeň závislosti II a vyšší)</b> <input type="checkbox"/> 2. stupeň invalidity <input type="checkbox"/> 1. stupeň invalidity	anuitně klesající úrok úvěru _____ % p. a.	_____ let	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
<b>Pojištění pracovní neschopnosti – úraz, nemoc od 1. dne</b> (PN min. 29 dnů) _____ Kč/den	-		<input type="checkbox"/>		
Pojištění	Doplnění/změna rozsahu pojištění		Zrušení		
	pojistná částka	individuální konec	pojištění	individ. konce	
<b>Pojištění smrti následkem úrazu</b>	_____ Kč	_____ let	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>Pojištění trvalých následků úrazu – s progresí od 0,5 % těl. poškození**</b> <input type="checkbox"/> 4násobná progresse* <input type="checkbox"/> 10násobná progresse Plus*	_____ Kč	_____ let	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>Pojištění trvalých následků úrazu – s progresí od 10 % těl. poškození**</b> <input type="checkbox"/> 4násobná progresse* <input type="checkbox"/> 10násobná progresse Plus*	_____ Kč	_____ let	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>Pojištění denního odškodného – úraz (min. doba léčeni 8 dnů)**</b>	_____ Kč/den <input type="checkbox"/> s progresí	_____ let	<input type="checkbox"/> zrušení pojištění <input type="checkbox"/> zrušení progresse	<input type="checkbox"/>	
<b>Pojištění denního odškodného – úraz (min. doba léčeni 29 dnů)**</b>	_____ Kč/den <input type="checkbox"/> s progresí	_____ let	<input type="checkbox"/> zrušení pojištění <input type="checkbox"/> zrušení progresse	<input type="checkbox"/>	
<b>Pojištění hospitalizace úraz nebo nemoc**</b>	_____ Kč/den	_____ let	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>Pojištění hospitalizace úraz**</b>	_____ Kč/den	_____ let	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>Pojištění ošetřování – úraz nebo nemoc</b>	_____ Kč/den	_____ let	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>Pojištění trvalých následků nemoci</b>	_____ Kč	_____ let	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>Pojištění pracovní neschopnosti – nemoc</b> <input type="checkbox"/> PN15 (následně od 15. dne)** <input type="checkbox"/> PN29** <input type="checkbox"/> následně od 29. dne* <input type="checkbox"/> od 1. dne* <input type="checkbox"/> PN57 (následně od 57. dne)**	_____ Kč/den _____ Kč/den _____ Kč/den	_____ let	<input type="checkbox"/> PN15 (následně od 15. dne) <input type="checkbox"/> PN29 <input type="checkbox"/> PN57 (následně od 57. dne)	<input type="checkbox"/>	
<b>Připojištění úrazu k pracovní neschopnosti</b>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	-	
<b>Pojištění invalidity nebo dlouhodobé péče s výplatou doživotní renty</b>	_____ Kč/měsíc		<input type="checkbox"/>	-	
Pojištění	Změna rozsahu pojištění		Zrušení		
	pojistná částka	individuální konec	pojištění	individ. konce	
<b>Pojištění trvalých následků úrazu – s 10násobnou progresí od 0,5 % těl. poškození</b>	_____ Kč	_____ let	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>Pojištění trvalých následků úrazu – s 10násobnou progresí od 10 % těl. poškození</b>	_____ Kč	_____ let	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

\*Zvolte vždy pouze jednu variantu u příslušného pojištění. \*\* Lze zvolit více variant zároveň.

**Dotazník na zdravotní stav pojištěného**

Jsem si vědom/a toho, že odpovědi na následující zdravotní dotazy mají zásadní význam pro rozhodnutí pojišťovny, jak ohodnotí pojistné riziko, zda jej pojistí a za jakých podmínek. Prohlašuji, že všechny mé odpovědi na písemné dotazy pojišťovny v tomto dotazníku jsou pravdivé a úplné a uvádím všechny informace včetně těch, které se mi mohou jevit jako nepodstatné. Rozumím tomu, že v případě nepravdivého nebo neúplného zodpovězení těchto dotazů může pojišťovna od pojistné smlouvy odstoupit nebo odmítnout či snížit pojistné plnění.

Výška (cm)		Váha (kg)		
Kouříte nebo jste kouřil/a v posledních 2 letech?				NE ANO <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Pijete nebo jste pil/a alkohol v množství větším než 1 l piva, 0,4 l vína nebo 0,1 l destilátu častěji než 4x do týdne?				NE ANO <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Užíváte nebo jste užíval/a drogy, návykové látky?				NE ANO <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
1. Máte nebo měl/a jste srdeční onemocnění, rakovinu nebo cukrovku?				NE ANO <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
2. Máte nebo měl/a jste onemocnění, vrozenou vadu nebo úraz, které vyžadovaly léčbu a/nebo sledování po dobu delší než 6 měsíců?				NE ANO <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
3. Za posledních 7 let: Byl/a jste hospitalizován/a alespoň jednu noc v nemocnici (kromě hospitalizace z důvodu porodu kratší než 10 dnů)? Byl/a jste v pracovní neschopnosti nebo ve stavu nemocných víc než 3 týdny z důvodu nemoci nebo úrazu? Užíval/a jste nějaké léky po dobu delší než 3 týdny (kromě hormonální antikoncepce a volně prodejných léků)?				NE ANO <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
4. Byl/a jste někdy uznán/a invalidní/m nebo vám byla změněna pracovní schopnost?				NE ANO <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
5. Trpíte v současné době zdravotními obtížemi? Očekáváte lékařskou konzultaci, vyšetření, pobyt v nemocnici (s výjimkou porodu) nebo operaci? Čekáte na výsledky již provedených vyšetření?				NE ANO <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
K žádosti o změnu doložím: <input type="checkbox"/> úplný zdravotní dotazník <input type="checkbox"/> výpis ze zdravotnické dokumentace <input type="checkbox"/> lékařskou prohlídku <input type="checkbox"/> potvrzení příjmu <input type="checkbox"/> EKG <input type="checkbox"/> finanční dotazník <input type="checkbox"/> prostata antigen (PSA) <input type="checkbox"/> HIV test				


**Dotazník pro slevu za zdravý životní styl**


Prohlašuji, že všechny mé odpovědi na písemné dotazy pojišťovny v tomto dotazníku jsou pravdivé a úplné a uvádím všechny informace. Jsem si vědom/a toho, že v důsledku porušení mojí povinnosti oznámit vám při sjednávání pojištění pravdivé údaje, můžete pojistné plnění snížit. Rozumím tomu, že snížení provedete v poměru pojistného, které jste obdrželi, a pojistného, které jste při neporušení této povinnosti obdržet měli.


Kritérium	Upřesnění
Index tělesné hmotnosti (tzv. BMI) dle zadané výšky a váhy:  Výška _____ cm      Váha _____ kg	<input type="checkbox"/> Méně než 19 <input type="checkbox"/> 19–27 <input type="checkbox"/> 27,1–35 <input type="checkbox"/> Více než 35
Kouříte nebo jste kouřil/a v posledních 2 letech?	<input type="checkbox"/> Ne <input type="checkbox"/> Ano
Pijete nebo jste pil/a alkohol v množství větším než 1 l piva, 0,4 l vína nebo 0,1 l destilátu častěji než 4x do týdne?	<input type="checkbox"/> Ne <input type="checkbox"/> Ano
Užíváte nebo jste užíval/a drogy, návykové látky?	<input type="checkbox"/> Ne <input type="checkbox"/> Ano
Kolik hodin průměrně denně spíte?	<input type="checkbox"/> Méně než 6 hodin <input type="checkbox"/> 6 až 9 hodin <input type="checkbox"/> Více než 9 hodin
Jak často se věnujete pohybu?	<input type="checkbox"/> Vůbec nebo velmi zřídka <input type="checkbox"/> Nepravidelně, v průměru 1x týdně <input type="checkbox"/> Pravidelně min. 2x týdně
Jak často chodíte na preventivní lékařské prohlídky k praktickému lékaři?	<input type="checkbox"/> Min. 1x za 2 roky <input type="checkbox"/> Méně často <input type="checkbox"/> Vůbec




**Část D. Žádost o změnu – pojištění dětí**

<input type="checkbox"/> doplnění dítěte do smlouvy		<input type="checkbox"/> změna rozsahu pojištění		<input type="checkbox"/> zrušení pojištění dítěte	
Příjmení, jméno					Rodné číslo
<b>Pojištění vážných nemocí a úrazů</b> _____ Kč		<b>Pojištění invalidity nebo dlouhodobé péče</b>  _____ Kč		<b>Pojištění trvalých následků úrazu – se 4násobnou progresí od 0,5 % těl. poškození</b> _____ Kč	
<input type="checkbox"/> zrušení pojištění	<input type="checkbox"/> Připojištění na novotvary in situ	<input type="checkbox"/> zrušení pojištění	<input type="checkbox"/> zrušení pojištění	<input type="checkbox"/> zrušení pojištění	<input type="checkbox"/> zrušení pojištění
<input type="checkbox"/> zrušení pojištění	<input type="checkbox"/> zrušení připojištění	<input type="checkbox"/> zrušení progresie	<input type="checkbox"/> zrušení pojištění	<input type="checkbox"/> zrušení pojištění	<input type="checkbox"/> zrušení prodloužení doby
<b>Pojištění smrti</b> _____ Kč	<b>Pojištění denního odškodného – úraz</b> _____ Kč/den	<b>Pojištění hospitalizace – úraz nebo nemoc</b> _____ Kč/den	<b>Pojištění ošetřování – úraz nebo nemoc</b> _____ Kč/den	<b>Prodloužení doby trvání pojištění do 30 let pojištěného dítěte</b> <input type="checkbox"/> zrušení prodloužení doby	
<input type="checkbox"/> zrušení pojištění	<input type="checkbox"/> s progresí	<input type="checkbox"/> zrušení pojištění	<input type="checkbox"/> zrušení pojištění	<input type="checkbox"/> zrušení pojištění	<input type="checkbox"/> zrušení prodloužení doby

<input type="checkbox"/> doplnění dítěte do smlouvy		<input type="checkbox"/> změna rozsahu pojištění		<input type="checkbox"/> zrušení pojištění dítěte	
Příjmení, jméno					Rodné číslo
<b>Pojištění vážných nemocí a úrazů</b> _____ Kč		<b>Pojištění invalidity nebo dlouhodobé péče</b>  _____ Kč		<b>Pojištění trvalých následků úrazu – se 4násobnou progresí od 0,5 % těl. poškození</b> _____ Kč	
<input type="checkbox"/> zrušení pojištění	<input type="checkbox"/> Připojištění na novotvary in situ	<input type="checkbox"/> zrušení pojištění	<input type="checkbox"/> zrušení pojištění	<input type="checkbox"/> zrušení pojištění	<input type="checkbox"/> zrušení pojištění
<input type="checkbox"/> zrušení pojištění	<input type="checkbox"/> zrušení připojištění	<input type="checkbox"/> zrušení progresie	<input type="checkbox"/> zrušení pojištění	<input type="checkbox"/> zrušení pojištění	<input type="checkbox"/> zrušení prodloužení doby
<b>Pojištění smrti</b> _____ Kč	<b>Pojištění denního odškodného – úraz</b> _____ Kč/den	<b>Pojištění hospitalizace – úraz nebo nemoc</b> _____ Kč/den	<b>Pojištění ošetřování – úraz nebo nemoc</b> _____ Kč/den	<b>Prodloužení doby trvání pojištění do 30 let pojištěného dítěte</b> <input type="checkbox"/> zrušení prodloužení doby	
<input type="checkbox"/> zrušení pojištění	<input type="checkbox"/> s progresí	<input type="checkbox"/> zrušení pojištění	<input type="checkbox"/> zrušení pojištění	<input type="checkbox"/> zrušení pojištění	<input type="checkbox"/> zrušení prodloužení doby

<input type="checkbox"/> doplnění dítěte do smlouvy		<input type="checkbox"/> změna rozsahu pojištění		<input type="checkbox"/> zrušení pojištění dítěte	
Příjmení, jméno					Rodné číslo
<b>Pojištění vážných nemocí a úrazů</b> _____ Kč		<b>Pojištění invalidity nebo dlouhodobé péče</b>  _____ Kč		<b>Pojištění trvalých následků úrazu – se 4násobnou progresí od 0,5 % těl. poškození</b> _____ Kč	
<input type="checkbox"/> zrušení pojištění	<input type="checkbox"/> Připojištění na novotvary in situ	<input type="checkbox"/> zrušení pojištění	<input type="checkbox"/> zrušení pojištění	<input type="checkbox"/> zrušení pojištění	<input type="checkbox"/> zrušení pojištění
<input type="checkbox"/> zrušení pojištění	<input type="checkbox"/> zrušení připojištění	<input type="checkbox"/> zrušení progresie	<input type="checkbox"/> zrušení pojištění	<input type="checkbox"/> zrušení pojištění	<input type="checkbox"/> zrušení prodloužení doby
<b>Pojištění smrti</b> _____ Kč	<b>Pojištění denního odškodného – úraz</b> _____ Kč/den	<b>Pojištění hospitalizace – úraz nebo nemoc</b> _____ Kč/den	<b>Pojištění ošetřování – úraz nebo nemoc</b> _____ Kč/den	<b>Prodloužení doby trvání pojištění do 30 let pojištěného dítěte</b> <input type="checkbox"/> zrušení prodloužení doby	
<input type="checkbox"/> zrušení pojištění	<input type="checkbox"/> s progresí	<input type="checkbox"/> zrušení pojištění	<input type="checkbox"/> zrušení pojištění	<input type="checkbox"/> zrušení pojištění	<input type="checkbox"/> zrušení prodloužení doby

<input type="checkbox"/> doplnění dítěte do smlouvy		<input type="checkbox"/> změna rozsahu pojištění		<input type="checkbox"/> zrušení pojištění dítěte	
Příjmení, jméno					Rodné číslo
<b>Pojištění vážných nemocí a úrazů</b> _____ Kč		<b>Pojištění invalidity nebo dlouhodobé péče</b>  _____ Kč		<b>Pojištění trvalých následků úrazu – se 4násobnou progresí od 0,5 % těl. poškození</b> _____ Kč	
<input type="checkbox"/> zrušení pojištění	<input type="checkbox"/> Připojištění na novotvary in situ	<input type="checkbox"/> zrušení pojištění	<input type="checkbox"/> zrušení pojištění	<input type="checkbox"/> zrušení pojištění	<input type="checkbox"/> zrušení pojištění
<input type="checkbox"/> zrušení pojištění	<input type="checkbox"/> zrušení připojištění	<input type="checkbox"/> zrušení progresie	<input type="checkbox"/> zrušení pojištění	<input type="checkbox"/> zrušení pojištění	<input type="checkbox"/> zrušení prodloužení doby
<b>Pojištění smrti</b> _____ Kč	<b>Pojištění denního odškodného – úraz</b> _____ Kč/den	<b>Pojištění hospitalizace – úraz nebo nemoc</b> _____ Kč/den	<b>Pojištění ošetřování – úraz nebo nemoc</b> _____ Kč/den	<b>Prodloužení doby trvání pojištění do 30 let pojištěného dítěte</b> <input type="checkbox"/> zrušení prodloužení doby	
<input type="checkbox"/> zrušení pojištění	<input type="checkbox"/> s progresí	<input type="checkbox"/> zrušení pojištění	<input type="checkbox"/> zrušení pojištění	<input type="checkbox"/> zrušení pojištění	<input type="checkbox"/> zrušení prodloužení doby

<input type="checkbox"/> <b>doplnění dítěte do smlouvy</b>		<input type="checkbox"/> <b>změna rozsahu pojištění</b>		<input type="checkbox"/> <b>zrušení pojištění dítěte</b>	
Příjmení, jméno				Rodné číslo	
<input type="checkbox"/> <b>Pojištění vážných nemocí a úrazů</b> <input type="checkbox"/> Kč <input type="checkbox"/> Připojištění na novotvary in situ <input type="checkbox"/> zrušení pojištění		<input type="checkbox"/> <b>Pojištění invalidity nebo dlouhodobé péče</b> <input type="checkbox"/> Kč <input type="checkbox"/> zrušení pojištění		<input type="checkbox"/> <b>Pojištění trvalých následků úrazu – se 4násobnou progresí od 0,5 % těl. poškození</b> <input type="checkbox"/> Kč <input type="checkbox"/> zrušení pojištění	
<input type="checkbox"/> <b>Pojištění smrti</b> <input type="checkbox"/> Kč <input type="checkbox"/> zrušení pojištění		<input type="checkbox"/> <b>Pojištění denního odškodného – úraz</b> <input type="checkbox"/> Kč/den <input type="checkbox"/> s progresí <input type="checkbox"/> zrušení pojištění		<input type="checkbox"/> <b>Pojištění hospitalizace – úraz nebo nemoc</b> <input type="checkbox"/> Kč/den <input type="checkbox"/> zrušení pojištění	
		<input type="checkbox"/> <b>Pojištění ošetřování – úraz nebo nemoc</b> <input type="checkbox"/> Kč/den <input type="checkbox"/> zrušení pojištění		<input type="checkbox"/> <b>Prodoužení doby trvání pojištění do 30 let pojištěného dítěte</b> <input type="checkbox"/> zrušení prodoužení doby	



při dopravní nehodě pojistné plnění ve výši dvojnásobku dle pravidel stanovených v SPP

## ZÁVĚREČNÁ USTANOVENÍ

### A. PROHLÁŠENÍ POJIŠTĚNÍKA

- Beru na vědomí, že žádost o změnu je vyhotovena v listinné podobě ve dvou stejnopisech. Já a vy obdržíme vždy jeden stejnopis.
- Beru na vědomí, že v případě provedení požadované změny může dojít k úpravě sazeb pojistného, a to dle sazeb pojistného platných k datu změny, a se změnou výše pojistného souhlasím.
- Zmocňuji vás k zjišťování či ověřování mého zdravotního stavu a zdravotního stavu nezletilých pojištěných dětí, jejichž jsem zákonným zástupcem/opatrovníkem/poručníkem/pěstounem (dále jen „zástupce nezletilých dětí“), pro účely změny pojistné smlouvy, šetření pojistných událostí či výkonu jiných práv a povinností z pojistné smlouvy, a to zejména formou dotazů u příslušných lékařů (zdravotnických zařízení), žádostí o poskytnutí lékařských zpráv, pořízení výpisů nebo opisů ze zdravotnické dokumentace, popř. z jiných zápisů, které se vztahují ke zdravotnímu stavu.
- V souladu s § 51 odst. 2 písm. b) zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování, ve znění pozdějších předpisů, zprošťuji příslušného lékaře, resp. provozovatele zdravotnického zařízení ve vztahu k vám mlčenlivosti ve stejném rozsahu, v jakém jste oprávněni požadovat informace či dokumenty podle předchozího odstavce a dále podle toho, jak je povinen je poskytovat pacientovi podle § 31 a následujících citovaného zákona.
- Prohlašuji, že jsem byl seznámen a převzal jsem Výňatek z ujednání Speciálních pojistných podmínek pro FLEXI rizikové životní pojištění 07/2020 (dále jen „výňatek“)
  - pro níže uvedené pojištění dospělé osoby a podmínky produktu: klesající pojistná částka, doplňkové pojištění smrti, pojištění vážných nemocí a úrazů, připojištění na novotvary in situ, pojištění invalidity nebo dlouhodobé péče, pojištění zproštění od placení pojistného z důvodu invalidity nebo dlouhodobé péče, pojištění invalidity nebo dlouhodobé péče s výplatou doživotní renty, pojištění smrti následkem úrazu, pojištění trvalých následků úrazu, pojištění trvalých následků nemocí, pojištění denního odškodného – úraz, pojištění hospitalizace, pojištění ošetřování – úraz nebo nemoc, pojištění pracovní neschopnosti – nemoc, připojištění úrazu k pracovní neschopnosti, pojištění úvěru a zdravotní a sociální infolinka MAJÁK,
  - pro níže uvedené pojištění dětí: pojištění vážných nemocí a úrazů, připojištění na novotvary in situ, pojištění invalidity nebo dlouhodobé péče, pojištění smrti, pojištění denního odškodného – úraz, pojištění hospitalizace a pojištění ošetřování – úraz nebo nemoc.
 Souhlasím s tím, že dnem účinnosti požadované změny pojistné smlouvy FLEXI rizikové životní pojištění se výňatek, který je nedílnou součástí této žádosti o změnu, stává nedílnou součástí této pojistné smlouvy, výňatek tak doplňuje a v rozsahu v něm obsažených ujednání má přednost a nahrazuje příslušná ustanovení speciálních pojistných podmínek, které jsem obdržel při sjednání nabídky na uzavření této pojistné smlouvy.
- Prohlašuji, že mám pojistný zájem na pojištění pojištěných osob a nezletilých pojištěných dětí a jsem si vědom povinnosti seznámit pojištěné osoby a zástupce nezletilých dětí se změnami v pojistné smlouvě.
- Prohlašuji, že jsem pravdivě uvedl údaje o svém statusu politicky exponované osoby ve smyslu zákona č. 253/2008 Sb., o některých opatřeních proti legalizaci výnosů z trestné činnosti a financování terorismu, ve znění pozdějších předpisů, a zavazuji se vám neprodleně oznámit jeho případnou změnu.

### B. PROHLÁŠENÍ POJIŠTĚNÉHO

- Jako pojištěný vás zmocňuji ke zjišťování či ověřování mého zdravotního stavu a zdravotního stavu nezletilých pojištěných dětí, jejichž jsem zástupcem, pro účely změny pojistné smlouvy, šetření pojistných událostí či výkonu jiných práv a povinností z pojistné smlouvy, a to zejména formou dotazů u příslušných lékařů (zdravotnických zařízení), žádostí o poskytnutí lékařských zpráv, pořízení výpisů nebo opisů ze zdravotnické dokumentace, popř. z jiných zápisů, které se vztahují ke zdravotnímu stavu.
- V souladu s § 51 odst. 2 písm. b) zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování, ve znění pozdějších předpisů, zprošťuji příslušného lékaře, resp. provozovatele zdravotnického zařízení ve vztahu k vám mlčenlivosti ve stejném rozsahu, v jakém jste oprávněni požadovat informace či dokumenty podle předchozího odstavce a dále podle toho, jak je povinen je poskytovat pacientovi podle § 31 a následujících citovaného zákona.
- Jako zástupce nezletilých dětí souhlasím s prohlášením pojištěného.

## ZPRACOVÁNÍ OSOBNÍCH ÚDAJŮ

V následující části jsou uvedeny základní informace o zpracování vašich osobních údajů. Tyto informace se na vás uplatní, pokud jste fyzickou osobou, a to s výjimkou bodu 2.3, který se na vás uplatní, i pokud jste právnickou osobou. Více informací, včetně způsobu odvolání souhlasu, možnosti podání námítky v případě zpracování na základě oprávněného zájmu, práva na přístup a dalších práv, naleznete v dokumentu Informace o zpracování osobních údajů v pojištění osob, který je trvale dostupný na webové stránce [www.koop.cz](http://www.koop.cz) v sekci „O pojišťovně Kooperativa“.

### 1. ZPRACOVÁNÍ CITLIVÝCH OSOBNÍCH ÚDAJŮ

#### 1.1 SOUHLAS SE ZPRACOVÁNÍM ÚDAJŮ O ZDRAVOTNÍM STAVU A GENETICKÝCH ÚDAJŮ

Pojišťovna bude s vašim souhlasem zpracovávat informace týkající se vašeho tělesného a duševního zdraví, včetně údajů o poskytnutí zdravotních služeb vypovídajících o vašem zdravotním stavu (dále jen „**údaje o zdravotním stavu**“), jakož i genetické údaje, a to pro účely modelace, návrhu a uzavření dodatku pojistné smlouvy, posouzení přijatelnosti do pojištění a zajištění a soupojištění. Pro tyto účely bude pojišťovna zpracovávat údaje, které jí poskytnete v souvislosti s tímto formulářem, pro účel posouzení přijatelnosti do pojištění bude zpracovávat i údaje, které od vás získala v souvislosti s jinými uzavřenými pojistnými smlouvami.

Tento souhlas udělujete na dobu trvání smluvního vztahu. Tento souhlas se zpracováním údajů o zdravotním stavu je dobrovolný, avšak je podmínkou uzavření dodatku pojistné smlouvy, resp. přistoupení k pojistné smlouvě. Tento souhlas můžete kdykoli odvolat. Odvoláním souhlasu není dotčena zákonnost zpracování údajů o zdravotním stavu a genetických údajů do okamžiku odvolání. Máte také právo kdykoli požadovat přístup ke svým osobním údajům.

Údaje o vašem zdravotním stavu a genetické údaje může pojišťovna předávat za účelem zajištění zajistitelům, kterými jsou společnosti VIG RE zajišťovna, a.s. (Česká republika), VIENNA INSURANCE GROUP AG Wiener Versicherung Gruppe (Rakousko), Swiss Re Europa S.A. (Německo) a případně další společnosti uvedené na webových stránkách [www.koop.cz](http://www.koop.cz) v sekci „O pojišťovně Kooperativa“.

souhlasím 1. pojištěný

souhlasím 2. pojištěný

## 1.2 ZPRACOVÁNÍ ÚDAJŮ O VAŠEM ZDRAVOTNÍM STAVU A GENETICKÝCH ÚDAJŮ BEZ VAŠEHO SOUHLASU

Pojišťovna bude bez vašeho souhlasu na základě nezbytnosti pro **určení, výkon nebo obhajobu právních nároků** zpracovávat v nezbytném rozsahu údaje o vašem zdravotním stavu a genetické údaje, a to pro účely likvidace pojistné události, správy a ukončení pojistné smlouvy (s výjimkou změny pojistné smlouvy vyžadující posouzení přijatelnosti do pojištění), ochrany právních nároků a prevence a odhalování pojistných podvodů a jiných protiprávních jednání.

## 2. ZPRACOVÁNÍ OSTATNÍCH OSOBNÍCH ÚDAJŮ (TJ. VYJMA CITLIVÝCH ÚDAJŮ)

### 2.1 SOUHLAS SE ZPRACOVÁNÍM OSOBNÍCH ÚDAJŮ PRO ÚČELY MARKETINGU

Pojišťovna bude s vašim souhlasem zpracovávat vaše **identifikační a kontaktní údaje, údaje pro vyhodnocení potřeb a posouzení vhodnosti pojištění, údaje pro ocenění rizika při vstupu do pojištění a údaje o využívání služeb**, a to pro účely:

- zaslání slev či jiných nabídek třetích stran, a to i elektronickými prostředky,
- zpracování vašich osobních údajů nad rámec oprávněného zájmu pojišťovny za účelem vyhodnocení vašich potřeb a zaslání relevantnějších nabídek (jedná se o některé případy sledování vašeho chování, spojování osobních údajů shromážděných pro odlišné účely, použití pokročilých analytických technik).

Tento souhlas je dobrovolný, platí po dobu neurčitou, můžete jej však kdykoli odvolat. V případě, že souhlas neudělíte nebo jej odvoláte, nebudou vám zasílány nabídky třetích stran a některé nabídky pojišťovny nebude možné plně přizpůsobit vašim potřebám. Máte také právo kdykoli požadovat přístup ke svým osobním údajům.

souhlasím pojistník

nesouhlasím pojistník

### 2.2 INFORMACE O ZPRACOVÁNÍ OSOBNÍCH ÚDAJŮ POJISTNÍKA

#### Zpracování na základě plnění smlouvy a oprávněných zájmů pojišťovny

Berete na vědomí, že vaše identifikační a kontaktní údaje, údaje pro vyhodnocení potřeb a posouzení vhodnosti pojištění, údaje pro ocenění rizika při vstupu do pojištění a údaje o využívání služeb zpracovává pojišťovna:

- pro účely modelace, návrhu a uzavření dodatku pojistné smlouvy, posouzení přijatelnosti do pojištění, správy a ukončení pojistné smlouvy a likvidace pojistných událostí, když v těchto případech jde o zpracování nezbytné pro **plnění smlouvy**, a
- pro účely zajištění řádného nastavení a plnění smluvních vztahů s pojistníkem, zajištění a soupojištění, statistiky a cenotvorby produktů, ochrany právních nároků pojišťovny a prevence a odhalování pojistných podvodů a jiných protiprávních jednání, když v těchto případech jde o zpracování založené na základě **oprávněných zájmů** pojišťovny. Proti takovému zpracování máte právo kdykoli podat námitku, která může být uplatněna způsobem uvedeným v Informacích o zpracování osobních údajů v pojištění osob.

#### Zpracování pro účely plnění zákonné povinnosti

Berete na vědomí, že vaše identifikační a kontaktní údaje, údaje pro vyhodnocení potřeb a posouzení vhodnosti pojištění a údaje pro ocenění rizika při vstupu do pojištění pojišťovna dále zpracovává ke **splnění své zákonné povinnosti** vyplývající zejména ze zákona upravujícího distribuci pojištění, zákona č. 253/2008 Sb., o některých opatřeních proti legalizaci výnosů z trestné činnosti a financování terorismu, ve znění pozdějších předpisů, zákona č. 69/2006 Sb., o provádění mezinárodních sankcí, ve znění pozdějších předpisů, a zákona č. 164/2013 Sb., o mezinárodní spolupráci při správě daní a o změně dalších souvisejících zákonů, ve znění pozdějších předpisů.

#### Zpracování pro účely přímého marketingu

Berete na vědomí, že vaše identifikační a kontaktní údaje a údaje o využívání služeb může pojišťovna také zpracovávat na základě svého **oprávněného zájmu** pro účely zaslání svých reklamních sdělení a nabízení svých služeb; nabídku od pojišťovny můžete dostat elektronicky (zejména SMSkou, e-mailem, přes sociální síť nebo telefonicky) nebo klasickým dopisem či osobně od zaměstnanců pojišťovny.

Proti takovému zpracování máte jako pojistník právo kdykoli podat námitku. Pokud si nepřejete, aby vás pojišťovna oslovovala s jakýmkoli nabídkami, zaškrtněte prosím toto pole: .

### 2.3 POVINNOST POJISTNÍKA INFORMOVAT TŘETÍ OSOBY

Zavazujete se informovat každého pojištěného, jenž je osobou odlišnou od vás, každého obmyšleného a případně další osoby, které jste uvedl v tomto formuláři, o zpracování jejich osobních údajů.

### 2.4 INFORMACE O ZPRACOVÁNÍ OSOBNÍCH ÚDAJŮ POJIŠTĚNÉHO

#### Zpracování na základě oprávněných zájmů pojišťovny

Berete na vědomí, že vaše identifikační a kontaktní údaje, údaje pro vyhodnocení potřeb a posouzení vhodnosti pojištění, údaje pro ocenění rizika při vstupu do pojištění a údaje o využívání služeb zpracovává pojišťovna na základě **oprávněného zájmu** pro účely modelace, návrhu a uzavření dodatku pojistné smlouvy, posouzení přijatelnosti do pojištění, správy a ukončení pojistné smlouvy a likvidace pojistných událostí, statistiky a cenotvorby produktů, zajištění a soupojištění, ochrany právních nároků pojišťovny a prevence a odhalování pojistných podvodů a jiných protiprávních jednání. Proti takovému zpracování máte právo kdykoli podat námitku, která může být uplatněna způsobem uvedeným v Informacích o zpracování osobních údajů v pojištění osob.

**Zpracování pro účely plnění zákonné povinnosti**

Berete na vědomí, že vaše identifikační a kontaktní údaje, údaje pro vyhodnocení potřeb a posouzení vhodnosti pojištění a údaje pro ocenění rizika při vstupu do pojištění pojišťovna dále zpracovává ke **splnění své zákonné povinnosti** vyplývající zejména ze zákona upravujícího distribuci pojištění, zákona č. 253/2008 Sb., o některých opatřeních proti legalizaci výnosů z trestné činnosti a financování terorismu, ve znění pozdějších předpisů, zákona č. 69/2006 Sb., o provádění mezinárodních sankcí, ve znění pozdějších předpisů, a zákona č. 164/2013 Sb., o mezinárodní spolupráci při správě daní a o změně dalších souvisejících zákonů, ve znění pozdějších předpisů.

**2.5 INFORMACE O ZPRACOVÁNÍ OSOBNÍCH ÚDAJŮ ZÁSTUPCE POJISTNÍKA NEBO POJIŠTĚNÉHO****Zpracování na základě oprávněných zájmů pojišťovny**

Zástupce právnické osoby, zákonný zástupce nebo jiná osoba oprávněná zastupovat pojistníka nebo pojištěného bere na vědomí, že její identifikační a kontaktní údaje pojišťovna zpracovává na základě **oprávněného zájmu** pro účely modelace, návrhu a uzavření dodatku pojistné smlouvy, správy a ukončení pojistné smlouvy, likvidace pojistných událostí, zajištění a soupojištění, ochrany právních nároků pojišťovny a prevence a odhalování pojistných podvodů a jiných protiprávních jednání. Proti takovému zpracování má taková osoba právo kdykoli podat námitku, která může být uplatněna způsobem uvedeným v Informacích o zpracování osobních údajů v pojištění osob.

**Zpracování pro účely plnění zákonné povinnosti**

Zástupce právnické osoby, zákonný zástupce nebo jiná osoba oprávněná zastupovat pojistníka nebo pojištěného bere na vědomí, že identifikační a kontaktní údaje pojišťovna dále zpracovává ke **splnění své zákonné povinnosti** vyplývající zejména ze zákona upravujícího distribuci pojištění, zákona č. 253/2008 Sb., o některých opatřeních proti legalizaci výnosů z trestné činnosti a financování terorismu, ve znění pozdějších předpisů, zákona č. 69/2006 Sb., o provádění mezinárodních sankcí, ve znění pozdějších předpisů, a zákona č. 164/2013 Sb., o mezinárodní spolupráci při správě daní a o změně dalších souvisejících zákonů, ve znění pozdějších předpisů.

**Podpisem tohoto formuláře potvrzujete, že jste se důkladně seznámil se smyslem a obsahem souhlasů se zpracováním osobních údajů a že jste se před jejich udělením seznámil s dokumentem Informace o zpracování osobních údajů v pojištění osob, zejména s bližší identifikací dalších správců, rozsahem zpracovávaných údajů, právními základy (důvody), účely a dobou zpracování osobních údajů, způsobem odvolání souhlasu a právy, která vám v této souvislosti náleží.**

Jako pojistník prohlašuji, že zdroje příjmů, ze kterých hradím pojistné, pocházejí:  ze závislé činnosti,  z podnikání,

jiné (konkrétně): \_\_\_\_\_

**Žádost podal/a:** Příjmení, jméno pojistníka

\_\_\_\_\_ podpis pojistníka

*Jestliže je pojistník odlišný od pojištěných, musí být v případě změny či doplnění nové pojištěné osoby či změny či doplnění pojištěných dětí, dále při změně obmyšlené osoby (včetně změny podílů v %) a vinkulace pojistného plnění žádost podepsaná i pojištěnými osobami / zástupcem nezletilých dětí. Pojištěná osoba se dále musí podepsat v případě změny jejího rozsahu pojištění.*

Příjmení, jméno pojištěné osoby

\_\_\_\_\_ podpis 1. pojištěné osoby\*

Příjmení, jméno pojištěné osoby

\_\_\_\_\_ podpis 2. pojištěné osoby

Příjmení, jméno zákonného zástupce nezletilého dítěte, RČ (uved'te vždy RČ dítěte) / vztah k dítěti\*

\_\_\_\_\_ podpis zákonného zástupce

Příjmení, jméno zákonného zástupce nezletilého dítěte, RČ (uved'te vždy RČ dítěte) / vztah k dítěti\*

\_\_\_\_\_ podpis zákonného zástupce

---

Příjmení, jméno zákonného zástupce nezletilého dítěte, RČ (uved'te vždy RČ dítěte) / vztah k dítěti\*

podpis zákonného zástupce

---

Příjmení, jméno zákonného zástupce nezletilého dítěte, RČ (uved'te vždy RČ dítěte) / vztah k dítěti\*

podpis zákonného zástupce

---

Příjmení, jméno zákonného zástupce nezletilého dítěte, RČ (uved'te vždy RČ dítěte) / vztah k dítěti\*

podpis zákonného zástupce

*\* Pokud jste se podepsal/a na místě pojistníka nebo dospělého pojištěného, již se znovu nepodepisujte.*

---

Prohlašuji, že jsem zaznamenal/a a ověřil/a správnost identifikačních údajů pojistníka a shodu podoby pojistníka s vyobrazením dle platného průkazu totožnosti.

**Identifikaci** v souladu s příslušnými ustanoveními zákona č. 253/2008 Sb., o některých opatřeních proti legalizaci výnosů z trestné činnosti a financování terorismu, ve znění pozdějších předpisů, za 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, **provedl/a a žádost převzal/a:**

Příjmení, jméno poradce / spolupracovníka ziskatele

---

Identifikace partnera (HR) / Získatelské číslo

Identifikace poradce / Osobní číslo spolupracovníka ziskatele

Registrační číslo u ČNB

Telefon

E-mail

V

dne

podpis poradce / spolupracovníka ziskatele









Pojistnou událostí není onemocnění za přítomnosti hemofilie, dále jakékoli infekce jiného druhu a ostatní zdroje nákazy HIV (nitrožilní užívání drog či přenos pohlavním stykem a podobně).

#### **Čekací doba**

U pojištění vážných nemocí a úrazů uplatňujeme pro vznik pojistné události čekací dobu dva měsíce ode dne počátku tohoto pojištění. Čekací doba se nevztahuje na případy, kdy došlo k vážné nemoci výlučně v důsledku úrazu vzniklého nejdříve v den počátku pojištění. V případě, kdy jste v posledních dvou měsících před pojistnou událostí zvýšil pojistnou částku pojištění vážných nemocí a úrazů, vyplatíme pojistnou částku platnou před jejím zvýšením.

#### **Zánik pojištění**

Zánikem pojištění všech výše uvedených skupin, zaniká pojištění vážných nemocí a úrazů.

Ostatní podmínky pro přiznání nároku na plnění z pojištění vážných nemocí a úrazů zůstávají v platnosti dle SPP FLEXI rizikové životní pojištění bez jakýchkoliv změn.

#### **POJIŠTĚNÍ HOSPITALIZACE – ÚRAZ NEBO NEMOC**

Pokud je dítě opakovaně hospitalizováno v lázních, sanatoriích, rehabilitačních centrech, léčebnách, psychiatrických léčebnách a zařízeních z důvodu jedné z diagnóz vážných nemocí a úrazů definovaných výše, považujeme v případě doprovodu tyto opakované hospitalizace za jednu pojistnou událost.

Ostatní podmínky pro přiznání nároku na plnění z pojištění hospitalizace zůstávají v platnosti dle SPP FLEXI rizikové životní pojištění bez jakýchkoliv změn.

## **RIZIKOVÉ SKUPINY**

### **2. riziková skupina**

Všechna povolání ve výrobní oblasti a v oblasti s převažujícím podílem manuální práce, popř. se zvýšeným rizikem úrazu, která nepatří do 1. skupiny, včetně vojáků z povolání.

### **4. riziková skupina**

Všechny práce nebo činnosti s extrémním, velmi vysokým stupněm ohrožení zdraví, např. činnosti při zajištění motorových vozidel a jejich typových zkouškách, tovární jezdci motorových vozidel nebo plavidel a všechna sportovní odvětví vykonávaná profesionálně.

Pokud jste sjednal nabídku na uzavření pojistné smlouvy FLEXI rizikové životní pojištění do 30. 4. 2020, pak je změnou oproti SPP FLEXI rizikové životní pojištění, které jste při sjednání obdržel, že je zrušena 3. riziková skupina.

Ostatní podmínky týkající se všech rizikových skupin zůstávají v platnosti dle SPP FLEXI rizikové životní pojištění bez jakýchkoliv změn.