



## Hlášení pojistné události pojištění pro případ onemocnění

**Z0022**

Poučení: Ke každé pojistné události vyplňte pouze jedno hlášení pojistné události. **Věnujte pozornost především kompletnímu vyplnění první a druhé části formuláře včetně podpisu na jejím konci.** Nestačí-li Vám místo ve formuláři, pokračujte dále na samostatném listu papíru. Třetí část formuláře předložte k vyplnění Vašemu ošetřujícímu lékaři. Poplatek za vyplnění formuláře lékařem hraří klient.

**Kompletním vyplněním celého formuláře a doložením dále popsanych a požadovaných dokladů přispějete k hladké likvidaci Vaší pojistné události. V případě jakýchkoliv problémů s vyplněním hlášení se poradte s Vaším pojistným poradcem.**

**Požadované doklady:** Nezbytné jsou především informace týkající se daného onemocnění (odborná vyšetření, propouštěcí zpráva atd.). Dále informace týkající se předchozích onemocnění, která jsou v souvislosti s předmětným onemocněním nebo se týká části těla, již se týká dané onemocnění. Rovněž je třeba doložit doklady o čerpání pracovní neschopnosti, které jsou specifikovány v části formuláře týkající se povolání v době vzniku pojistné události.

### ČÁST 1. – POJIŠTĚNÝ

Číslo všech pojistných smluv pojištěného u Pojišťovny České spořitelny, a.s., Vienna Insurance Group

--	--	--

**Pojištěná osoba, které se stala pojistná událost**

**A.** Příjmení, jméno, titul \_\_\_\_\_ **B.** rodné číslo \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Adresa \_\_\_\_\_ PSČ \_\_\_\_\_

Telefon \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_

Příjmení, jméno a adresa, telefon praktického lékaře, u kterého je vedena kompletní zdravotní dokumentace pojištěného \_\_\_\_\_

Kde a kdy bylo poskytnuto první lékařské ošetření \_\_\_\_\_

Kde probíhalo další léčení \_\_\_\_\_

Byla postižená část těla léčena /toto onemocnění léčeno/ již dříve? \_\_\_\_\_

Povolání v době vzniku pojistné události (vyberte jednu ze tří možností, doplňte požadované údaje a přiložte požadované doklady):

- a)  zaměstnanec uveďte povolání \_\_\_\_\_  
doložte kopii pracovní neschopnosti potvrzenou razítkem zaměstnavatele
- b)  OSVČ jste plátcem nemocenského pojištění? ANO  doložte potvrzení OSSZ o čerpání nemocenských dávek  
NE  doložte potvrzení OSSZ od kdy nejste plátcem
- c)  jiný (dítě, rodič na MD, nezaměstnaný...) \_\_\_\_\_  
vyberte a запиšte jednu z možností (pojišťovna poskytne plnění jen v případě hospitalizace):

### ČÁST 2. – OSOBA, KTERÁ UPLATŇUJE NÁROK NA POJISTNÉ PLNĚNÍ

**!** Právo na pojistné plnění může uplatnit pouze oprávněná osoba a jen takové osobě pojišťovna poskytne pojistné plnění. V této části formuláře uveďte údaje oprávněné osoby dle níže popsanych pravidel:

**oprávněnou osobou je v první řadě pojištěný a je-li nezletilý, je oprávněnou osobou v případě produktů FLEXI sjednaných před 1. 1. 2005 pojistník. Ve všech ostatních případech nezletilého pojištěného je oprávněnou osobou zákonný zástupce. Zákonný zástupce musí doložit identifikační údaje zastoupeného (např. kopii občanského průkazu se zapsáním údajů zastoupeného, popř. kopii rodného listu zastoupeného).**

Výplatu pojistného plnění poukažte **oprávněné osobě: C.** příjmení, jméno \_\_\_\_\_

telefon \_\_\_\_\_ **D.** rodné číslo \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

adresa \_\_\_\_\_

vztah k pojištěnému, na jehož základě uplatňujete pojistné plnění  pojištěný  zákonný zástupce  pojistník  
zaškrtněte Vaši volbu:

**Na účet klienta**  **vedený v ČR** – číslo účtu \_\_\_\_\_

**vedený v zahraničí** – v případě zvolení účtu v zahraničí je nutné přiložit tiskopis Z0050 Příkaz k provedení platby do zahraničí

**Na účet České spořitelny, a.s. (tzv. sběrný účet)** – výplatu pojistného plnění lze vyzvednout na kterémkoliv pobočce České spořitelny, a.s.

**Poštovní poukázkou typu B na výše uvedenou adresu příjemce plnění v ČR**

**Prohlášení:** Prohlašuji, že jsem na všechny dotazy odpověděl(a) pravdivě a úplně. Jsem si vědom(a) případných důsledků nesprávných odpovědí na povinnost pojistitele poskytnout pojistné plnění i dalších právních následků. Souhlasím, aby Pojišťovna České spořitelny, a.s., Vienna Insurance Group dále zjišťovala pro potřebu šetření můj zdravotní stav a příslušnou zdravotní dokumentaci (resp. tyto údaje, týkající se nezletilého pojištěného, jehož jsem zákonným zástupcem) u příslušných lékařů a žádala tyto lékaře o pořízení výpisů či opisů z mé zdravotní dokumentace a zavazují se tuto zdravotní dokumentaci pro pojistitele v případě potřeby zajistit. Zároveň v souladu s § 55 odst. 2 písm. d) zákona č. 20/1966 Sb., o péči o zdraví lidu, ve znění pozdějších předpisů opravňuji příslušného lékaře, aby pojistiteli poskytl požadované informace tak, jak je povinen je poskytnout pacientovi podle §67b odst. 12 uvedeného zákona a proto zprošťuji dotazované lékaře povinnosti se tuto dokumentací pro pojistitele v případě potřeby zajistit.

Souhlasím s tím, aby Pojišťovna České spořitelny, a.s., Vienna Insurance Group zpracovávala ve smyslu zákona č. 101/2000 Sb., o ochraně osobních údajů, ve znění pozdějších předpisů (dále jen „zákon“), mé osobní údaje a citlivé údaje o zdravotním stavu, resp. tyto údaje, týkající se nezletilého pojištěného, jehož jsem zákonným zástupcem, (dále jen „osobní údaje“) v rámci činnosti pojišťovnictví a činnosti související s pojišťovnictvím a zajišťovací činností podle ustanovení § 1 a § 2 zákona č. 363/1999 Sb., o pojišťovnictví ve znění pozdějších předpisů, a to po dobu nezbytně nutnou k zajištění práv a povinností plynoucích z tohoto smluvního vztahu. Dále souhlasím s tím, aby mé osobní údaje (resp. tyto údaje týkající se nezletilého pojištěného jehož jsem zákonným zástupcem) byly poskytnuty i ostatním subjektům podnikajícím v oblasti pojišťovnictví, bankovníctví a jiných peněžních služeb k marketingovým účelům a poskytování služeb v rámci Finanční skupiny České spořitelny, a.s., a pojišťovaci skupiny Vienna Insurance Group; případně asociacím těchto subjektů. Ve smyslu ustanovení § 27 zákona souhlasím s předáváním mých osobních údajů do jiných států. Poskytnuté údaje bude zpracovávat Pojišťovna České spořitelny, a.s., Vienna Insurance Group nebo pověřený zpracovatel v souladu s ustanoveními zákona. Prohlašuji, že jsem byl/a ve smyslu ustanovení § 11 zákona řádně informován/a o zpracování mých osobních údajů, mých právech a povinnostech zpracovatelů údajů.

Souhlasím s tím, aby Pojišťovna České spořitelny, a.s., Vienna Insurance Group zpracovávala informace získané ve smyslu zákona č. 253/2008 Sb., o některých opatřeních proti legalizaci výnosů z trestné činnosti a financování terorismu (dále jen „zákon“), které jsou k provedení identifikace nezbytné, včetně předložení příslušných dokladů. Dále souhlasím s tím, že pojistitel může pro účely provedení identifikace a její kontroly dle zákona pořizovat kopie nebo výpisy z předložených dokladů.

Oprávněná osoba uvedená a podepsaná v této (druhé) části formuláře prohlašuje, že je v souladu s uzavřenou pojistnou smlouvou, zákonem č. 37/2004 Sb., o pojistné smlouvě a dalších právních předpisů, oprávněnou osobou pro přijetí pojistného plnění.

V \_\_\_\_\_ dne \_\_\_\_\_ příjmení, jméno, telefon \_\_\_\_\_

podpis oprávněné osoby \_\_\_\_\_

## Formulář k provedení identifikace fyzické osoby

Provedení identifikace pro účely zákona č. 253/2008 Sb., o některých opatřeních proti legalizaci výnosů z trestné činnosti a financování terorismu

Číslo všech pojistných smluv pojištěného u Pojišťovny České spořitelny, a.s., Vienna Insurance Group

--	--	--

Údaje A.–D. musí být vyplněny shodně s hlášením pojistné události.

<b>A.</b> Příjmení a jméno osoby, které se stala pojistná událost	
<b>B.</b> Rodné číslo	

<input type="checkbox"/> <b>Identifikace fyzické osoby, která uplatňuje nárok na pojistné plnění</b>	<input type="checkbox"/> <b>Identifikace zákonného zástupce</b> Pozn. V případě, že se jedná o <b>zákonného zástupce</b> , doloží zákonný zástupce identifikační údaje zastoupeného (např. občanský průkaz se zápisem zastoupeného).	<input type="checkbox"/> <b>Identifikace fyzické osoby zmocněnce</b> Pozn. V případě zastoupení na základě plné moci (zmocněnec) se k tomuto identifikačnímu listu <b>přiloží originál plné moci</b> udělený pojistníkem zmocněnci s úředně ověřeným podpisem.
<b>C.</b> Příjmení a jméno (případně všechna příjmení a jména)		
<b>D.</b> Rodné číslo		
Místo narození		
Pohlaví		
Trvalý nebo jiný pobyt		
Státní občanství		
Druh a číslo průkazu totožnosti		
Doba platnosti		
Stát, případně orgán, který jej vydal		

**Identifikaci** v souladu s příslušnými ustanoveními zákona č. 253/2008 Sb., o některých opatřeních proti legalizaci výnosů z trestné činnosti a financování terorismu, za Pojišťovnu České spořitelny, a.s., Vienna Insurance Group se sídlem Pardubice, nám. Republiky 115, PSČ 530 02, IČ 47452820, zapsanou v OR vedeném v Hradci Králové 1. 10. 1992 v oddílu B vložce 855, **provedl**:

Příjmení a jméno: \_\_\_\_\_ HR zástupce pojistitele: 

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

  
(vyplňte hůlkovým písmem)

Prohlašuji, že jsem současně ověřil shodu podoby výše uvedené fyzické osoby s vyobrazením v průkazu totožnosti.

Datum zjištění a ověření: \_\_\_\_\_ Podpis osoby, která provedla identifikaci: \_\_\_\_\_

Pozn. Pro případ provedení identifikace právnické osoby nebo podnikající fyzické osoby, vyplňte prosím tuto identifikaci na tiskopis Z0111.

### ČÁST 3. – LÉKAŘSKÁ ZPRÁVA

rodné číslo pacienta \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Poskytnutí údajů je v souladu se souhlasem klienta (viz. prohlášení na konci části 2 tohoto formuláře). V zájmu klienta prosíme o důkladné, úplné a čitelné vyplnění všech údajů a doložení kopií požadované dokumentace. Nestačí-li místo ve formuláři, pokračujte na samostatném listu papíru. Poplatek za vyplnění hrađí klient na vlastní náklady.

Uveďte diagnózy dle MKN10 (vč. doby léčení od – do) a popis onemocnění. V případě více diagnóz uveďte pro každou diagnózu s dobou léčení (od – do). Případně přiložte kopie příslušné lékařské dokumentace.

popis onemocnění	dle MKN10	léčení (od – do)
1.		
2.		
3.		
4.		
5.		

Kdy byla diagnóza (diagnózy) poprvé stanovena (datum) \_\_\_\_\_

Datum indikace k případnému operačnímu řešení \_\_\_\_\_

Kdy se objevily první obtíže evidované ve zdravotní dokumentaci klienta (měsíc, rok), které byly v příčinné souvislosti s nynějším onemocněním

a o jaké příznaky se jednalo (popište chronologicky), přiložte kopie příslušné lékařské dokumentace \_\_\_\_\_

#### Potvrzení hospitalizace (doložte kopiemi propouštěcích zpráv)

Den příjmu do nemocnice \_\_\_\_\_ Den propuštění \_\_\_\_\_ přiložte kopii propouštěcí zprávy

#### Potvrzení doby léčení

Doba léčení onemocnění v pracovní neschopnosti\* \_\_\_\_\_ do \_\_\_\_\_

\*u osob, u kterých se pracovní neschopnost nevystavuje, doba léčení, na kterou by jinak pracovní neschopnost vystavena byla

Nezbytné jsou především informace, týkající se daného onemocnění (odborná vyšetření, propouštěcí zpráva atd.). Dále informace, týkající se předchozích onemocnění, která jsou v souvislosti s předmětným onemocněním nebo se týkají části těla, jíž se týká dané onemocnění.

Lékař potvrzuje, že ošetřoval pojištěného, který je uveden v první části tohoto formuláře a podle § 24 odst. 1 písm. b a § 50 odst. 1 zákona č. 37/2004 Sb. o pojistné smlouvě, ve znění pozdějších předpisů, uvedl veškeré jemu dostupné informace, týkající se předmětného úrazu či onemocnění.

V \_\_\_\_\_ dne \_\_\_\_\_ Razítko a podpis lékaře \_\_\_\_\_

### ČÁST 4. – IDENTIFIKACE PŘÍJEMCE PLNĚNÍ

**Dle zákona č. 253/2008 Sb., o některých opatřeních proti legalizaci výnosů z trestné činnosti a financování terorismu, je povinností provést identifikaci příjemce plnění. Identifikace příjemce plnění se provádí na Formuláři k provedení identifikace (nebo doložením sepsané identifikační listiny, která je veřejnou listinou) a je povinnou součástí tohoto hlášení.**

O ověření identifikačních údajů na této listině s předložením dokladu totožnosti (občanský průkaz, cestovní pas) je možné na území České republiky požádat externího partnera Pojišťovny České spořitelny nebo na jednotlivých pobočkách České spořitelny, a.s.

O ověření identifikačních údajů v souladu se zákonem č. 253/2008 Sb., o některých opatřeních proti legalizaci výnosů z trestné činnosti a financování terorismu je možné požádat notáře, krajský úřad v přenesené působnosti nebo obecní úřad obce s rozšířenou působností (doložení sepsané identifikační listiny, která je veřejnou listinou).

V případě, že budete žádat o ověření identifikačních údajů v zahraničí, je možné využít příslušný zastupitelský úřad České republiky v dané zemi.

Jestliže o převod pojistného plnění žádá právnická osoba (obchodní firma), provádí se identifikace zástupce právnické osoby, který je oprávněn jednat jménem právnické osoby.

**Jestliže je pojištěným nezletilé dítě, pak je nutné provést identifikaci jeho zákonného zástupce, který musí doložit identifikační údaje zastoupeného (např. občanský průkaz se zapsáním údajů zastoupeného, popř. rodný list zastoupeného).**

Provedení identifikace je povinné v případě, kdy je požadována výplata na účet klienta nebo na korespondenční adresu. V případě, že nebude identifikace provedena nebo nebude úplná a pojistné plnění převyšuje 1 000 EUR, bude výplata pojistného plnění přednostně zaslána na účet České spořitelny, a.s. (tzv. sběrný účet) – týká se jen pojištěných osob s kontaktní adresou v ČR.