



## Hlášení pojistné události pojištění pro případ úrazu (plnění za dobu léčení úrazu a/nebo hospitalizaci)

**Z0024**

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 hradí klient.

**Kompletním vyplněním celého formuláře a doložením dále popsanych a požadovaných dokladů přispějete k hladké likvidaci Vaší pojistné události.**

**V případě jakýchkoli problémů s vyplněním hlášení se poraďte s Vaším pojistným poradcem.**

**Požadované doklady: Vždy je nutné současně s hlášením pojistné události doložit kopii lékařské zprávy o prvním ošetření.** V případě, že příčinou úrazu byla dopravní nehoda a pojištěný řídil vozidlo nebo v případě, že z jiného důvodu vyšetřovala případ policie, je nezbytnou přílohou kopie policejního protokolu. Nezbytné jsou informace týkající se daného úrazu (odborná vyšetření, propouštěcí zpráva atd.). Dále informace týkající se předchozích úrazů či onemocnění, která jsou v souvislosti s předmětným úrazem, nebo která se týkají části těla úrazem postižené.

### ČÁST 1. – POJIŠTĚNÝ

Čísla 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 \_\_\_\_\_ Jste levák? \_\_\_\_\_

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

K úrazu došlo dne \_\_\_\_\_ v hod. \_\_\_\_\_ místo \_\_\_\_\_

Podrobný popis způsobu vzniku úrazu \_\_\_\_\_

*(při jaké činnosti / sportu, za jakých okolností a z jakého důvodu úraz nastal)*

Poraněná část těla \_\_\_\_\_ Byla tato část těla postižena již před úrazem? \_\_\_\_\_

Popis poranění \_\_\_\_\_

Kde a kdy bylo poskytnuto první lékařské ošetření (adresa, telefon) \_\_\_\_\_

Kde probíhalo další léčení \_\_\_\_\_

Povolání v době vzniku pojistné události

Byl jste v období do doby úrazu aktivním sportovcem? \_\_\_\_\_ pro jaký druh sportů \_\_\_\_\_

Vyšetřovala okolnosti úrazu policie? \_\_\_\_\_ pokud ano, **přiložte kopie policejních protokolů**

Byla příčinou úrazu dopravní nehoda? \_\_\_\_\_ Řídil pojištěný? \_\_\_\_\_

### 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 pojištěný nezletilý, je oprávněnou osobou v případě produktů typu 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 poukážte **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**

Souhlasím, aby si pojistitel vyzádal dokumentaci nezbytnou ke stanovení rozsahu pojistného plnění i od zaměstnavatele, správy sociálního zabezpečení, policie, soudu apod. a zavazují se tuto dokumentaci 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. tytéž údaje týkající se nezletilého pojištěného, jehož jsem zákonným zástupcem (dále jen „osobní údaje“) v rámci činnosti pojišťovnictví a činnosti související s pojišťovací 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. tytéž 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 pojišťovací skupiny Vienna Insurance Group; případně asociacím těchto subjektů. Ve smyslu ustanovení § 27 zákona souhlasím s předáváním mých osobních údajů, mých práv a povinností zpracovatelů údajů ve smyslu ustanovení § 1,1 zákona řádně informován(a) o zpracování mých osobních údajů, mých práv a povinností 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 a že souhlasí s prohlášením uvedeným bezprostředně pod jejím podpisem.

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 5. – DOPLNĚNÍ LÉKAŘSKÉ ZPRÁVY PRO SPECIFICKÁ PORANĚNÍ

### POPÁLENÍ/OPĚŘENÍ:

stupeň popáleniny \_\_\_\_\_

rozsah v cm<sup>2</sup> pro jednotlivé stupně popálení \_\_\_\_\_

### ÚRAZY ZUBŮ:

číselné označení poraněných zubů \_\_\_\_\_

byl(y) zub(y) před úrazem vitální  NE  ANO číselné označení nevitálních zubů \_\_\_\_\_  ANO

úrazem došlo ke ztrátě vitality  NE  ANO u kolika zubů \_\_\_\_\_

úrazem došlo k ohrožení vitality zásahem linie lomu do zubní dřevě  NE  ANO u kolika zubů \_\_\_\_\_

### ŘEZNÉ RÁNY:

revize rány  NE  ANO

excise okrajů rány  NE  ANO

sutura rány  NE  ANO druh stehu \_\_\_\_\_ datum stehy ex \_\_\_\_\_

### POHMOŽDĚNÍ:

fixace  NE  ANO druh fixace \_\_\_\_\_

### ÚRAZ KOLENE, KOTNÍKU, RAMENE, PÁTEŘE:

jde o opakování stejného nebo obdobného úrazu z minulosti  NE  ANO

jde o následky úrazu/onemocnění z minulosti  NE  ANO

kdy k předchozímu úrazu/onemocnění došlo \_\_\_\_\_

## ČÁST 6. – POUČENÍ

Podmínkou pro zahájení likvidace pojistné události je úplné vyplnění všech částí formuláře a přiložení všech ve formuláři uvedených a požadovaných příloh. V případě neúplného vyplnění či chybějících příloh bude klient vyzván, aby před zahájením likvidace na vlastní náklady doplnil chybějící údaje či přílohy.

**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. tytéž údaje týkající se nezletilého pojištěného, jehož jsem zákonným zástupcem) u příslušných lékařů a žádal(a) tyto lékaře o pořízení výpisů či opisů z mé zdravotní dokumentace a zavazuji 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 zprostředkují dotazované lékaře povinnosti mlčenlivosti. Souhlasím, aby si pojistitel vyžádal dokumentaci nezbytnou ke stanovení rozsahu pojistného plnění i od zaměstnavatele, správy sociálního zabezpečení, policie, soudu apod. a zavazuji se tuto dokumentaci pro pojistitele v případě potřeby zajistit.

### 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 hradí klient na vlastní náklady.

Datum úrazu \_\_\_\_\_ Datum prvního lékařského ošetření úrazu \_\_\_\_\_ **přiložte kopii záznamu o prvním ošetření úrazu**

Příčina úrazu \_\_\_\_\_  
(popis mechanismu vzniku úrazu)

Byl poškozený v době úrazu pod vlivem alkoholu či jiných návykových látek? \_\_\_\_\_ Uveďte příznaky, ‰ alkoholu \_\_\_\_\_

Byl příčinou úrazu pokus o sebevraždu nebo sebepoškození? \_\_\_\_\_

Uveďte diagnózy dle MKN10 s dobou léčení (od – do) a popis poranění, v případě více diagnóz uveďte dobu léčení a popis i u jednotlivých diagnóz (u zubů číselné označení poraněného zubu a zda došlo ke ztrátě či ohrožení vitality zubní dřeně). Případně přiložte kopie příslušné lékařské dokumentace.

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

Objektivní příznaky poranění zjištěné při prvním ošetření (např. otok, hematoma...) \_\_\_\_\_

RTG, MRI, CT, SONO (datum, popis) \_\_\_\_\_

Způsob léčení (popište i případné další komplikace při léčení – např. hnisání ... a uveďte dobu jejich trvání od – do) \_\_\_\_\_

Výpis všech evidovaných úrazů a onemocnění nyní postižené části těla, nebo prohlášení, že se jedná o první trauma (onemocnění)

**Doložte kopie odborných zpráv.**

popis poranění (onemocnění)	dg. dle MKN10	měsíc a rok kdy nastalo

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

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

#### Potvrzení doby léčení

Doba léčení úrazu od \_\_\_\_\_ do \_\_\_\_\_

Předpokládáte trvalé následky úrazu, pokud ano, jakého druhu a rozsahu? \_\_\_\_\_

Nezbytné jsou především informace týkající se daného úrazu (záznam o prvním ošetření, odborná vyšetření, propouštěcí zpráva atd.). Dále informace týkající se předchozích úrazů či onemocnění, která jsou v souvislosti s předmetným úrazem, nebo která se týkají části těla úrazem postižené.

V případě hospitalizace přiložte, prosím, propouštěcí zprávu.

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 předmetného úrazu.

Vyplňte prosím část 5.

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 PČS 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.