



000000000Z0028

doručeno dne:

## Hlášení pojistné události pojištění trvalých následků úrazu

**Z0028**

**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.** Nestáčí-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 popsaných a požadovaných dokladů přispějete k hladké likvidaci Vaší pojistné události.**

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

**Požadované doklady:** 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

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 \_\_\_\_\_ Jste levák? \_\_\_\_\_

Příjmení, jméno a adresa, telefon praktického lékaře, u kterého je vedena 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  
(není nutné v případě, že byla kopie přiložena již při hlášení vlastního úrazu)

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 popsaných pravidel:

**Oprávněnou osobou je v první řadě pojištěný a je-li pojištěný 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 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**

**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 setřetí mým 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 porizování 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 oprávněním příslušného lékaře, aby pojistitelé poskytli požadované informace tak, jak je povinen je poskytnout pacientovi podle §67b odst. 12 uvedeného zákona a proto zpřístupní dotazované lékařské povinnosti mlčenlivosti. Souhlasím, aby si pojistitel vyzádal dokumentaci nezbytnou ke stanovení rozsahu pojistného plnění i od zaměstnavatele, Správy sociálního zabezpečení, Policie, soudu a pod. 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, 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 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. 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 pojišťovací 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 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 porizovat 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 předpisy, oprávněnou osobou pro přijetí pojistného plnění.

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

podpis oprávněné osoby \_\_\_\_\_



### 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.

Datum úrazu \_\_\_\_\_ Uveďte diagnózu dle MKN10 a popis úrazu \_\_\_\_\_

datum léčení od \_\_\_\_\_ do \_\_\_\_\_

Jaké trvalé následky úraz zanechal? (popis objektivních příznaků a zejména poruchy funkce), pokud možno přiložte kopie příslušné lékařské dokumentace

Dle mně dostupných informací prohlašuji, že se JEDNÁ – NEJEDNÁ (nehodící se škrtněte) o **první** úraz postižené části těla. Pokud se nejedná o první úraz, uveďte předchozí úrazy s datem vzniku a případně přiložte kopie příslušné lékařské dokumentace

Dle mně dostupných informací prohlašuji, že na celkový rozsah trvalých následků MĚLY – NEMĚLY (nehodící se škrtněte) vliv chorobné změny či předchozí úrazy (i takové, které s předmětným úrazem přímo nesouvisí). Pokud měly, uveďte jednotlivá onemocnění či úrazy s datem výskytu a způsobem léčení a případně přiložte kopie příslušné lékařské dokumentace

Dle mně dostupných informací prohlašuji, že funkce postižených částí těla BYLA - NEBYLA (nehodící se škrtněte) omezena již před úrazem. Pokud byla omezena již před úrazem, uveďte v jakém rozsahu a případně přiložte kopie příslušné lékařské dokumentace \_\_\_\_\_

Je skončeno léčení a dnešní stav je neměnný? \_\_\_\_\_

Pokud ne uveďte další plánované nebo pacientovi navrhované výkony (extrakce kovu, plastika, RHB....) \_\_\_\_\_

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. 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 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.