



0000000000Z0039

doručeno dne:

Hlášení pojistné události

Z0039

plná invalidita (vč. zproštění od placení nebo výplaty renty) ¹⁾

dlouhodobá péče ve stupni závislosti II a vyšším ¹⁾

¹⁾ označte křížkem zvolenou variantu

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:

v případě plné invalidity a v případě zproštění od placení nebo výplaty renty

- kopie „Rozhodnutí o přiznání plného invalidního důchodu“ od České správy sociálního zabezpečení s uvedením od kdy byl plný invalidní důchod přiznán
- kopie „Záznam o jednání posouzení zdravotního stavu“ Okresní správy sociálního zabezpečení s uvedením diagnózy, pro kterou byl klient uznán plně invalidním a s uvedením další kontrolní lékařské prohlídky (KLP). Tento dokument bývá založen u ošetřujícího lékaře

v případě dlouhodobé péče ve stupni závislosti II a vyšším

- kopie rozhodnutí o přiznání příspěvku na dlouhodobou péči z důvodu přiznání stupně závislosti II a vyššího

ČÁST 1. – POJIŠŤENÝ

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 vč. kontaktního telefonu _____ PSČ _____

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

Datum pojistné události (datum přiznání plné invalidity nebo datum přiznání příspěvku na dlouhodobou péči) _____

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 – oprávněnou osobou je pojištěný

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

telefon _____ **D.** rodné číslo _____ / _____

adresa _____

zaškrtněte Vaši volbu pro výplatu plnění:

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 kterékoliv 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. tytéž údaje, týkající se zesnulého) 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 opravňují 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 a pod. a zavazují se tuto dokumentaci pro pojistitele v případě potřeby zajistit. Souhlasím, 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 zesnulého, (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 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 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 _____

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.

Uveďte prosím přesnou diagnózu (v případě souběhu všechny diagnózy) daného onemocnění / úrazu které/ý byla příčinou pojistné události (dle MKN10, popis a dobu léčení od – do) _____

V případě, že příčinou pojistné události byla nemoc uveďte:

kdy byla diagnóza poprvé stanovena (datum) _____

Na základě jakých příznaků, vyšetření a nálezů a přiložte kopie příslušné lékařské dokumentace _____

Kdy se objevily první příznaky, které byly v příčinné souvislosti s tímto onemocněním a o jaké příznaky se jednalo (popište chronologicky) a přiložte kopie příslušné lékařské dokumentace _____

Byl pojištěný informován o uvedeném onemocnění _____ pokud ano, uveďte kdy (datum) _____

V případě, že příčinou pojistné události byl úraz uveďte:

Datum úrazu _____ Datum prvního lékařského ošetření úrazu _____

Příčina 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 výpisy 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)	dle MKN10	měsíc a rok kdy se stalo
1.		
2.		
3.		
4.		
5.		

V případě onemocnění jsou nezbytnou přílohou této lékařské zprávy kopie zdravotní dokumentace, týkající se příznaků, vyšetření a nálezů na jejichž základě byla diagnóza stanovena a kopie zdravotní dokumentace, týkající se předchozích příznaků, které byly v příčinné souvislosti s tímto onemocněním.

V případě úrazu kopie zdravotní dokumentace, týkající se předchozích úrazů či onemocnění, která jsou v souvislosti s předmětným úrazem, nebo která se týkají části těla úrazem postižené.

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 **PCS** 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.

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.