

Kontaktní adresa pro oznámení pojistné události

ČSOB Pojišťovna, a. s., člen holdingu ČSOB
Masarykovo náměstí 1458
532 18 Pardubice

Oznámení pojistné události Hospitalizace pojištěného

K urychlení průběhu likvidace pomůže, pokud současně s oznámením budou doloženy jakékoliv doklady s údaji vztahující se k předmětné hospitalizaci.
Po vyplnění přední strany oznámení předejte toto k doplnění zadní strany lékaři, u něhož má pojištěný vedenou kompletní zdravotní dokumentaci. Pokud bude nárokována záloha na pojistné plnění, pak musí zadní stranu formuláře vyplnit odborný ošetřující lékař příslušného lékařského zařízení, v němž je pojištěný hospitalizován.

Pojistná smlouva číslo (čísla všech pojistných smluv pojištěného)

Č.: Č.: Č.:

A. Osobní údaje hlásitele (pokud je odlišný od pojištěného)

Příjmení a jméno	Vztah k pojištěnému	Rodné číslo
Adresa trvalého bydliště (kontaktní adresa)	PSČ	Telefon domů/zaměstnání
Jméno a adresa zákonného zástupce (uvádějte vždy v případě nezletilého pojištěného) Ulice a číslo popisné, obec	Zbaven rodičovské odpovědnosti (viz Prohlášení) ANO ☐ NE ☐	PSČ Telefon domů/zaměstnání

B. Osobní údaje pojištěného (poškozeného)

Příjmení a jméno pojištěného	Rodné číslo
Adresa pojištěného	PSČ Telefon domů
Adresa zaměstnavatele: Ulice a číslo popisné, obec	PSČ Povolání popř. druh podnikání

C. Údaje o události

Hospitalizace neplánovaná (akutní) ☐	Hospitalizace plánovaná ☐	Hospitalizace	Od	Do
Příčina vzniku hospitalizace (označte): Nemoc ☐ Nemoc z povolání ☐ Úraz ☐ Pracovní úraz ☐ Těhotenství ☐ Porod ☐ Jiná ☐				
Pokud bude označena „Nemoc“, popište o jakou nemoc se jednalo. V případě těhotenství uveďte předpokládaný datum porodu. Pokud bude označena „Jiná“ příčina, uveďte skutečnou příčinu hospitalizace.				
Byl jste již pro stejnou příčinu nebo v příčinné souvislosti hospitalizován? Pokud ANO, uveďte kdy a kde.				
Byla v rámci hospitalizace provedena operace?	Byl jste v rámci hospitalizace umístěn na:	Anesteziologickoresuscitačním oddělení (ARO)	ANO ☐ NE ☐	
Neplánovaná (akutní) ☐ Plánovaná ☐		Jednotce intenzivní péče (JIP)	ANO ☐ NE ☐	
Jméno a adresa lékaře, který o hospitalizaci rozhodl (doporučil), nebo zdravotnického zařízení:				Kdy?

D. Úrazová příčina vzniku hospitalizace (vyplňte pouze je-li příčina vzniku hospitalizace úraz)

Datum vzniku úrazu:	Uveďte podrobně, jak a kde k úrazu došlo:
Která část těla byla postižena?	Byla poraněná část těla již před úrazem postižena? ANO ☐ NE ☐
Došlo k úrazu vedoucímu k hospitalizaci při sportovní činnosti? Pokud ANO, při jaké?	

Máte uzavřenu profesionální smlouvu o sportovní činnosti?	Pokud ANO, v jakém sportu?	
ANO ☐ NE ☐		
Došlo k úrazu při dopravní nehodě?	Pokud ANO, kdo dopravní nehodu zavinil?	Pokud ANO, kdo případ vyšetřoval? (sdělte adresu a pokud vlastníte protokol o šetření, doložte)
ANO ☐ NE ☐		

E. Příložené doklady nutné k zahájení likvidace

Příloženo	Název dokladu
ANO ☐ NE ☐	Závěrečná lékařská propouštěcí zpráva o průběhu léčení (hospitalizace)
☐	Průběžná lékařská zpráva o dosavadním průběhu léčení (hospitalizace – pouze pokud pojištěný nárokuje zálohu na plnění)
☐	Rodný list pojištěného vydaný v ČR (pokud se jedná o pojištění dítěte)
☐	Rozhodnutí soudu o osvojení dítěte, nebo jeho svěřeni do pěstounské péče, existuje-li (pokud se jedná o pojištění dítěte)

F. Údaje o lékařích (vyplňte pokud jsou Vám známy)

Praktický či jiný lékař, u kterého má pojištěný vedenu kompletní zdravotní dokumentaci:

jméno a příjmení lékaře ulice, číslo, místo ordinace telefon	
--	--

Odborný lékař či lékařské zařízení, kde se pojištěný léčil v souvislosti s hlášenou událostí:

jméno a příjmení lékaře ulice, číslo, místo ordinace, lékařského zařízení telefon	
---	--

Zdravotnické zařízení, kde byl pojištěný v souvislosti s hlášenou událostí hospitalizován:

Jméno a příjmení lékaře ulice, číslo, místo ordinace, lékařského zařízení telefon	
---	--

G. Výplata pojistného plnění

Plnění ☐ Záloha ☐				
Plnění (zálohu) použijte na účet u peněžního ústavu ☐	Číslo účtu	Kód banky	Specifický symbol	Variabilní symbol
nebo na adresu ☐	Ulice a číslo popisné, obec			Adresa totožná s adresou pojištěného ☐

Prohlášení

Pojištěného nebo zákonného zástupce (je-li pojištěný nezletilý):

Prohlašuji, že všechny mé odpovědi na písemně položené dotazy pojistitele uvedené v tomto tiskopisu jsou pravdivé a úplné a jsem si vědom důsledků nepravdivých odpovědí na povinnost pojistitele plnit. V souladu se zákonem č. 101/2000 Sb., o ochraně osobních údajů a o změně některých zákonů, ve znění pozdějších předpisů (dále jen „zákon“), souhlasím, aby mé osobní údaje, včetně údajů o mém zdravotním stavu, (resp. údaje týkající se nezletilého, jehož jsem zákonným zástupcem (dále jen „nezletilý“), včetně údajů o jeho zdravotním stavu) byly pojistitelem zpracovány v rámci činnosti v pojišťovníctví a činnosti související s pojišťovací činností podle zákona č. 363/1999 Sb., o pojišťovníctví a o změně některých souvisejících zákonů, ve znění pozdějších předpisů, a to po dobu nezbytně nutnou k zajištění práv a povinností plynoucích ze závazkového vztahu. Ve smyslu zákona č. 133/2000 Sb., o evidenci obyvatel a o rodných číslech a o změně některých zákonů, ve znění pozdějších předpisů, souhlasím s tím, aby ve stejném rozsahu, za stejným účelem a po stejnou dobu jako ostatní osobní údaje bylo využíváno rovné číslo, jehož jsem nositelem (resp. jehož nositelem je nezletilý). Prohlašuji, že jsem byl v souladu se zákonem řádně informován o zpracování mých osobních údajů (resp. údajů týkajících se nezletilého) o svých právech a o povinnostech zpracovatelů údajů. Souhlasím s předáváním mých osobních údajů (resp. údajů týkajících se nezletilého) do jiných států, a to ve smyslu §27 zákona. Veškeré poskytnuté údaje bude zpracovávat pojistitel nebo zpracovatel registrovaný v souladu s ust. § 16 zákona Úřadem pro ochranu osobních údajů. Pokud bylo pojistnou smlouvou sjednáno úrazové pojištění dětí, prohlašuji, že pojištěný jmenovitě uvedený v pojistné smlouvě není, ani k výše uvedenému datu vzniku úrazu nebyl, soudem zbaven rodičovské zodpovědnosti vůči nezletilému poškozenému. Dále zmocňuji pojistitele, aby si pro potřebu šetření pojistné události vyžadoval veškeré informace a potřebnou zdravotní dokumentaci o mém zdravotním stavu a léčení (resp. zdravotním stavu a léčení nezletilého) a zavazují se tuto zdravotní dokumentaci pro pojistitele zajistit. Zároveň žádám a opravňuji tímto všechny dotazované ošetřující lékaře, ústavy a zdravotnická zařízení o uvedení přesné diagnózy choroby, či přesný popis operace. Na důkaz svého souhlasu s výše uvedením zmocněním připojuji k tomuto prohlášení svůj podpis. Tímto zároveň lékaře, ústavy a zdravotnická zařízení, které pojistitel o uvedené informace požádá, zprošťuji od povinnosti zachovávat mlčenlivost.

Dále prohlašuji, že:

☐ nejsem nebo v posledním roce jsem nebyl(a) politicky exponovanou osobou ve smyslu ustanovení § 4 odst. 5 zákona č. 253/2008 Sb., o některých opatřeních proti legalizaci výnosů z trestné činnosti a financování terorismu.

☐ jsem nebo v posledním roce jsem byl(a) politicky exponovanou osobou ve smyslu ustanovení § 4 odst. 5 zákona č. 253/2008 Sb., o některých opatřeních proti legalizaci výnosů z trestné činnosti a financování terorismu.

Politicky exponovaná osoba je nebo byla v postavení:

Hláситеle nebo zplnomocněné osoby:

Prohlašuji, že všechny mé odpovědi na písemně položené dotazy pojistitele uvedené v tomto tiskopise jsou pravdivé a úplné. V souladu se zákonem č. 101/2000 Sb., o ochraně osobních údajů a o změně některých zákonů, ve znění pozdějších předpisů (dále jen „zákon“), výslovně souhlasím, aby mé osobní údaje byly pojistitelem zpracovány v rámci činnosti v pojišťovníctví a činnosti související s pojišťovací činností podle zákona č. 363/1999 Sb., o pojišťovníctví a o změně některých souvisejících zákonů, ve znění pozdějších předpisů, a to po dobu nezbytně nutnou k zajištění všech práv a povinností plynoucích ze závazkového vztahu. Ve smyslu zákona č. 133/2000 Sb., o evidenci obyvatel a o rodných číslech a o změně některých zákonů, ve znění pozdějších předpisů, souhlasím s tím, aby ve stejném rozsahu, za stejným účelem a po stejnou dobu jako ostatní osobní údaje bylo využíváno rovné číslo, jehož jsem nositelem (resp. jehož nositelem je nezletilý). Prohlašuji, že jsem byl v souladu se zákonem řádně informován o zpracování mých osobních údajů (resp. údajů týkajících se nezletilého), o svých právech a o povinnostech zpracovatelů údajů. Veškeré poskytnuté údaje bude zpracovávat pojistitel nebo zpracovatel registrovaný v souladu s ust. § 16 zákona Úřadem pro ochranu osobních údajů. Na důkaz svého souhlasu s výše uvedením připojuji k tomuto prohlášení svůj podpis. Zplnomocněná osoba zároveň prohlašuje, že v souladu s plnou mocí, kterou jí pojištěný udělil, je oprávněna jeho jménem žádat ošetřující lékaře o poskytnutí údajů o jeho zdravotním stavu a léčení včetně potřebné zdravotní dokumentace. Zároveň přikládá originál či ověřenou kopii udělené plné moci.

V dne

.....
Podpis pojištěného
(zákonného zástupce)

.....
Podpis hláситеle nebo zplnomocněné osoby
(předkládá-li tiskopis)

Lékařská zpráva z hospitalizace

Poskytnutí údajů je v souladu se souhlasem pojištěného uvedeného v prohlášení na pojistné smlouvě a v souladu se souhlasem hlásitele (viz přední strana formuláře). Zpráva je požadována za účelem šetření nutného ke zjištění rozsahu povinnosti pojistitele plnit, resp. za účelem objektivizace rozsahu nároků vyplývajících ze smluvního vztahu uzavřeného s pojištěným.

A. Osobní údaje pojištěného

Příjmení a jméno pojištěného

Rodné číslo

B. Údaje o hospitalizaci

Celková doba hospitalizace (vyplňte v případě již ukončené hospitalizace)

Hospitalizace (vyplňte v případě pokud hospitalizace trvá)

Od

Do

Od

Do (aktuální datum)

Důvod hospitalizace, rozhodná příčina a DG vedoucí k hospitalizaci.

Od kdy se datují první zdravotní problémy související s předmětnou hospitalizací?

Datum prvního stanovení rozhodné DG vedoucí k hospitalizaci?

Byl příčinou vzniku hospitalizace, nebo byl v průběhu hospitalizace proveden pojištěnému, neodkladný operační zákrok, který zdravotní stav pojištěného bezprostředně vyžadoval?
Pokud ANO, napište důvod a o jaký zákrok se jednalo.

ANO

NE

Byl poškozený, pro stejnou příčinu, v minulosti již hospitalizován či ambulantně léčen? Pokud ANO, uveďte kdy (od - do), kde (adresa lékařského zařízení) a jaká DG vedla k hospitalizaci.

ANO

NE

Byl poškozený, pro stejnou příčinu, v minulosti hospitalizován a během hospitalizace svévolně nebo na revers opustil zdravotnické zařízení? Pokud ANO, uveďte kdy (od - do), kde (adresa lékařského zařízení) a jaká DG vedla k hospitalizaci.

ANO

NE

Názvy odborností, kde byl pojištěný na akutním lůžku příslušného zdravotnického zařízení, hospitalizován

Odbornost 1	Datum přijetí	Datum propuštění /přeložení	Byl pojištěný umístěn v rámci odbornosti na:
			ARO ANO NE Od Do
			JIP ANO NE Od Do
			Propustka z oddělení ANO NE Od Do
Odbornost 2	Datum přijetí	Datum propuštění /přeložení	Byl pojištěný umístěn v rámci odbornosti na:
			ARO ANO NE Od Do
			JIP ANO NE Od Do
			Propustka z oddělení ANO NE Od Do
Odbornost 3	Datum přijetí	Datum propuštění /přeložení	Byl pojištěný umístěn v rámci odbornosti na:
			ARO ANO NE Od Do
			JIP ANO NE Od Do
			Propustka z oddělení ANO NE Od Do
Odbornost 4	Datum přijetí	Datum propuštění /přeložení	Byl pojištěný umístěn v rámci odbornosti na:
			ARO ANO NE Od Do
			JIP ANO NE Od Do
			Propustka z oddělení ANO NE Od Do

Zaškrtněte pouze v případě, pokud se jednalo o hospitalizaci z některého níže uvedeného důvodu:

- ☐ Léčebná rehabilitace
- ☐ Provedení zákroku plastické chirurgie pro jiný než zdravotní důvod. Jaký?
- ☐ Úmyslné jednání směřující k přijetí hospitalizace, jejímu prodloužení, nebo sebepoškození
- ☐ Zneužití léků
- ☐ Jiný než léčebný, nebo diagnostický a léčebný důvod (sociální hospitalizace, ochranná či povinná léčba)
- ☐ Úraz související s provozováním profesionálního sportu
- ☐ Sportovní úraz. V důsledku jakého sportu?
- ☐ Sterilizace nebo umělé přerušení těhotenství pro jiný než zdravotní důvod
- ☐ Infekční onemocnění způsobené nesplněním povinnosti pojištěného podrobit se v souladu s platnými právními předpisy stanovenému druhu pravidelného očkování
- ☐ Nemoci přenášené pohlavním stykem, nebo s ní související doprovodné nemoci, vyjma přenosu infekce viru HIV v důsledku krevní transfúze
- ☐ Nemoci z povolání, pracovní úraz
- ☐ Mikrobiální jedy nebo imunotoxické látky
- ☐ Jaderné záření vyvolaného výbuchem nebo závadou jaderného zařízení a přístrojů, nebo nedbalostí odpovědných osob, institucí nebo úřadů při dopravě, skladování nebo manipulaci s radioaktivními materiály
- ☐ Alkohol, drogy a jiné patologické závislosti

Názvy a adresy všech zdravotnických zařízení, ve kterých byl pojištěný v rámci předmětné hospitalizace léčen, a to včetně případů, kdy byl pojištěný překládán mezi zdravotnickými zařízeními.

C. Jiné sdělení lékaře

Potvrzují, že údaje v lékařské zprávě se týkají pojištěného uvedeného na první straně lékařské zprávy a tohoto formuláře.

Forma proplacení honoráře za vyplnění tiskopisu

- ☐ na základě vystavené faktury
- ☐ zapláceno klientem
- ☐ na základě smluvního vztahu s pojišťovnou

Pro správné umístění platby proveďte identifikaci čitelně.

Kód lékaře přidělený pojišťovnou (pokud je Vám znám)		IČ (pokud existuje)
V	Dne	

.....
Razítko a podpis lékaře