



Hlášení pojistné události – onemocnění (plnění za dobu léčení onemocnění a/nebo plnění za hospitalizaci)

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.** Nestací-li Vám místo ve formuláři, pokračujte dále na samostatném listu papíru. Třetí část formuláře předlozte k vyplnění Vašemu ošetřujícímu lékaři. Poplatek za vyplnění formuláře lékařem hradí 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: 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, 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, adresa a 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) ☐ jiné (dítě, rodič na MD, nezaměstnaný aj.)
vyberte a запиšte jednu z možností (pojišťovna poskytne plnění jen v případě hospitalizace, vznikne-li na něj nárok):

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:

uprávněnou 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, iméno _____

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

korespondenční 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 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 odpovídal(a) pravdivě a úplně. Jsem si vědom(a) případných důsledků nesprávných odpovědí na povinnost pojištěte poskytnout pojištné plnění dle zákona č. 90/1986 Sb., o zdravotním stavu, § 11 odst. 1 písm. b), a zejména pak v souvislosti s tímto prohlášením, že jsem se dobrovolně podrobil(a) lékařskému vyšetření a poskytl(a) potřebné údaje k zajištění práv a povinností plynoucích z tohoto smluvního vztahu. Dále souhlasím s tím, abych mohl osobní údaje (resp. tyto údaje týkající se nezletilé osoby pojištěného, jehož jsem zákonným zástupcem) u příslušných lékařů a zadala tyto údaje lékaři na porizení výpisů či opisů z mé zdravotní dokumentace, a zavazují se tuto zdravotní dokumentaci pro pojišťovitele 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, opravňující příslušného lékaře, aby pojišťovitel poskytl požadované informace tak, jak je povinen je poskytnout pacientovi podle § 67b odst. 12 uvedeného zákona, a proto zpřístupnil dotazované lékařské povinnosti poskytnout tyto údaje, které jsou nezbytné k posouzení rozsahu pojištného plnění i od zaměstnavatele, Správy sociálního zabezpečení, Policie, soudu apod., a zavazují se tuto dokumentaci pro pojišťovitele v případě potřeby zajistit.

Souhlasím s tím, aby Pojištovna 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"), me osobní údaje a aktivní údaje o zdravotním stavu, resp. tyto údaje, týkající se nezletilé osoby pojištěného, jehož jsem zákonným zástupcem, (dále jen "osobní údaje") a rámci činnosti pojišťovny v oblasti zdravotního stavu, resp. zdravotní dokumentace, v roce 2009, a zejména pak v souvislosti s tímto prohlášením, že jsem se dobrovolně podrobil(a) lékařskému vyšetření a poskytl(a) potřebné údaje k zajištění práv a povinností plynoucích z tohoto smluvního vztahu. Dále souhlasím s tím, abych mohl osobní údaje (resp. tyto údaje týkající se nezletilé osoby pojištěného, jehož jsem zákonným zástupcem) být poskytnuty i ostatním subjektům podnikajícím v oblasti pojišťovnictví, bankovníctví a jiných peněžních činností k poskytování služeb v rámci Finanční skupiny České spořitelny, a.s., a pojišťovací skupinám, které mají právo v případě potřeby získávat tyto údaje k posouzení rozsahu pojištného plnění i od zaměstnavatele, Správy sociálního zabezpečení, Policie, soudu apod., a zavazují se tyto údaje poskytovat Pojištovna České spořitelny, a.s., Vienna Insurance Group, nebo pověřeným zpracovatelům v souladu s ustanoveními zákona. Prohlašuji, že jsem byl(a) ve smyslu ustanovení § 11 zákona řádne informován/a o zpracování svých osobních údajů, svých právech a povinnostech zpracovatelů údajů.

Souhlasím s tím, aby Pojištovna 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 jejich kontroly dle zákona porizovat kopie nebo výpis z předložených dokladů. Dále souhlasím s tím, že pojišťitel může pro účely

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 předpisech, oprávněnou osobou pro přijetí pojistného plnění.

V _____ dne _____ příjmení, iméno, telefon _____

podpis oprávněné osoby _____

Formulář k provedení identifikace a kontroly 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.

A. Příjmení a jméno osoby, které se stala pojistná událost	
B. Rodné číslo	

☐ Identifikace fyzické osoby, která uplatňuje nárok na pojistné plnění	☐ Identifikace zákonného zástupce Pozn. V případě, že se jedná o zákonného zástupce , doloží zákonný zástupce identifikační údaje zastoupeného (např. občanský průkaz se zápisem zastoupeného).	☐ Identifikace fyzické osoby zmocněnce Pozn. V případě zastoupení na základě plné moci (zmocněnec) se k tomuto identifikačnímu listu přiloží originál plné moci udělený pojistníkem zmocněnci s úředně ověřeným podpisem.
C. Příjmení a jméno (případně všechna příjmení a jména)		
D. Rodné číslo (nebo datum narození, nebylo-li rodné číslo přiděleno)		
Místo narození		
Pohlaví		
Trvalý nebo jiný pobyt (uveďte typ pobytu)		
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/a:**

Příjmení a jméno _____
(vyplňte hůlkovým písmem)

Identifikace partnera (HR)

Identifikace poradce

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

Datum zaznamenání a ověření _____ Podpis osoby, která provedla identifikaci _____

Pozn. Pro případ provedení identifikace podnikající fyzické osoby nebo právnické osoby vyplňte prosím tuto identifikaci na tiskopis Z1111.

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 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 a 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, a.s., Vienna Insurance Group, 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.