

ČÁST 4. – IDENTIFIKACE PŘÍJEMCE PLNĚNÍ (viz str. 3)

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, 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.

ČÁST 5. – DOPLNĚNÍ LÉKAŘSKÉ ZPRÁVY PRO SPECIFICKÁ PORANĚNÍ

POPÁLENÍ/OPAŘENÍ:

stupeň popáleniny _____

rozsah v cm² 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 dřeně ☐ 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 _____

REHABILITACE

Doba trvání od _____ do _____ Frekvence návštěv _____

Zvolená terapie _____

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.

Souhlasím, aby si pojistitel vyžádal 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 § 3 zákona č. 277/2009 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, bankovnictví a jiných peněžních činností k 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 a že souhlasí s prohlášením uvedeným bezprostředně pod jejím podpisem.

V _____ dne _____ příjmení, jméno, telefon _____

podpis oprávněné osoby _____

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 žádala tyto lékaře o pořízení 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, opravňuji příslušného lékaře, aby pojistiteli poskytl požadované informace tak, jak je povinen je poskytnout pacientovi podle § 67b odst. 12 uvedeného zákona, a proto zprošťuji 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 zavazují 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. Pokud bude k tomuto hlášení pojistné události přiložen kompletně vyplněný a potvrzený tis-kopis "Zpráva ošetřujícího lékaře", není třeba vyplňovat tuto část 3. – Lékařská zpráva.

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, hematom apod.) _____

RTG, MRI, CT, SONO (datum, popis) _____

Způsob léčení (popište i případné další komplikace při léčení – např. hnisání apod. – 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 _____ z toho v pracovní neschopnosti* od _____ do _____

*u osob, u kterých se pracovní neschopnost nevystavuje, doba léčení, na kterou by jinak pracovní neschopnost vystavena byla

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 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.

Vyplňte prosím část 5.

V _____ dne _____ Razítko a podpis lékaře _____