



doručeno dne:

Pojišťovna České spořitelny, a.s., Vienna Insurance Group, Pardubice, nám. Republiky 115, PSČ 530 02, IČ: 47452820. Datum zápisu v OR vedeném KS v Hradci Králové 1. 10. 1992 v oddílu B a vložce 855.

Hlášení pojistné události – velmi vážné onemocnění

Z0027

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 hradí klient.

Kompletním vyplněním celého formuláře a doložením dále popsanych a požadovanych dokladů přispějete k hladké likvidaci Vaší pojistné události.

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

Požadované doklady: Nezbytnou přílohou této lékařské zprávy jsou kopie zdravotní dokumentace, týkající se příznaků, vyšetření a nálezů na jejichž základě byla diagnóza stanovena. Nezbytnou přílohou jsou rovněž kopie zdravotní dokumentace, týkající se předchozích příznaků, které byly v příčinné souvislosti s tímto onemocněním.

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 _____

Kdy jste pocítil(a) první příznaky onemocnění (měsíc, rok) _____ popište o jaké příznaky šlo _____

Kde je v současné době vedena (uložena) zdravotnická dokumentace týkající se Vašeho VVO, uveďte název a adresu zdravotnického zařízení a jméno lékaře _____

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. Jestliže před výplatou pojistného plnění pojištěný zemře, jsou oprávněnou osobou jeho dědici. V případech nezletilého pojištěného je oprávněnou osobou zákonný zástupce. **Zákonný zástupce musí doložit identifikační údaje zastoupeného (např. kopií občanského průkazu se zapsáním údajů zastoupeného, popř. kopií rodného listu zastoupeného).**

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

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

vztah k pojištěnému, na jehož základě uplatňujete pojistné plnění

☐ pojištěný ☐ zákonný zástupce ☐ dědic ☐ ostatní osoby - uveďte: _____

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 výše uvedené odpovědi/a pravdivě a úplně. Jsem si vědom/a případných důsledků nesprávných odpovědí na povinnost pojistitele poskytnout požadované plnění i dalších právních následků. Souhlasím, aby Pojišťovna České spořitelny, a.s., Vienna Insurance Group, dále zajišťovala po potřebu setření mý zdravotní stav a příslušnou zdravotní dokumentaci (resp. též údaje, týkající se nezletilého pojistného, jehož jsem zákonným zástupcem) u příslušných lékařů a žádala tyto lékaře o porizení výpisů či opisů z těchto zdravotních dokumentací, a zavazuji 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 zpřístupní dotazované lékařské povinnosti mlčenlivosti. Souhlasím, aby si pojistitel vyžadal dokumentaci nezbytnou ke stanovení rozsahu pojistného plnění i od zaměstnavatele, Správy sociálního zabezpečení, Policie, soudu a pod. a zavazuji 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, osobní údaje, které jsou poskytnuty v rámci této dokumentace, a zároveň souhlasím s tím, aby pojistitel poskytl osobní údaje, které jsou poskytnuty v rámci této dokumentace, jakožto zástupcem, v rámci činnosti pojistnické a činnosti související s pojišťovací a zajišťovací činností podle ustanovení § 1 a § 3 zákona č. 277/2009 Sb., o pojistnictví, 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 me osobní údaje (resp. též údaje týkající se nezletilého pojistného, jehož jsem zákonným zástupcem) byly poskytnuty i ostatním subjektům podnikajícím v oblasti pojistnictví, bankovníctví 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 svých osobních údajů do jiných států. Poskytnuté údaje bude zpracovávat Pojišťovna České spořitelny, a.s., Vienna Insurance Group, nebo pověřený pracovník v souladu s ustanovením zákona. Prohlašuji, že jsem byl/a ve smyslu ustanovení § 11 zákona řádně informován/a o zpracování svých osobních údajů, svých právech a povinnostech zpracovatelů údajů, včetně možnosti jejich opravy, odstranění, omezení, přístupu, práva na odezvu, právo na přístup, právo na výmaz, právo na omezení zpracování, právo na přenos dat, právo na výmaz, právo na omezení výkonů 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 výpis 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, 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 (uved'te 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 prosím přesnou diagnózu daného onemocnění dle MKN10 a popis _____

Kdy byla diagnóza poprvé stanovena (datum) _____

Přiložte kopie propouštěcích zpráv a kopie nálezů potvrzujících stanovení diagnózy příslušným klinickým pracovištěm.

U operačního řešení uveďte datum operace a adresu pracoviště, které operaci provedlo _____

Kdy se objevily první obtíže evidované ve zdravotní dokumentaci klienta (měsíc, rok), které byly v příčinné souvislosti s tímto onemocněním a o jaké příznaky se jednalo (popište chronologicky) a přiložte kopie příslušné lékařské dokumentace _____

Datum indikace k případnému operačnímu řešení _____

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

Jaký je současný zdravotní stav pojištěného _____

Nezbytnou přílohou této lékařské zprávy jsou kopie zdravotní dokumentace, týkající se příznaků, vyšetření a nálezů, na jejichž základě byla diagnóza stanovena vč. propouštěcích zpráv.

Nezbytnou přílohou jsou rovněž kopie zdravotní dokumentace, týkající se předchozích příznaků, které byly v příčinné souvislosti s tímto onemocněním.

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.