



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 – trvalé následky úrazu

Z0028

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.** Nešťací-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 popsaných a požadovaných dokladů přispějete k hladké likvidaci Vaší pojistné události.

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

Vzápadované doklady: V případě, že příčinou úrazu byla dopravní nehoda a pojištěný řídil vozidlo, nebo v případě že z jiného důvodu vyšetřovala případ policie, je nezbytnou přílohou kopie policejního protokolu. Nezbytné jsou informace, týkající se daného úrazu (odborná vyšetření, propouštěcí zpráva atd.). Dále informace, týkající se předchozích úrazů či onemocnění, která jsou v souvislosti s předmetným úrazem, nebo která se týkají části těla úrazem postižené.

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 _____ Jste levák? _____

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

K úrazu došlo dne _____ v hod. _____ místo _____

Podrobný popis způsobu vzniku úrazu _____

(při jaké činnosti/sportu, za jakých okolností a z jakého důvodu úraz nastal)

Poraněná část těla _____ Byla tato část těla postižena již před úrazem? _____

Popis poranění _____

Kde a kdy bylo poskytnuto první lékařské ošetření (adresa, telefon) _____

Kde probíhalo další léčení _____

Povolání v době vzniku pojistné události

Byl jste v období do doby úrazu aktivním sportovcem? _____ Pro jaký druh sportů _____

Vyšetřovala okolnosti úrazu policie? _____ Pokud ano, **přiložte kopie policejních protokolů.**
 (není nutné v případě, že byla kopie přiložena již při hlášení vlastního úrazu)

Byla příčinou úrazu dopravní nehoda? _____ Řídil pojištěný? _____

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 a je-li pojištěný 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 zastupoveného (např. kopii občanského průkazu se zapsáním údajů zastupoveného, popř. kopii rodného listu zastupoveného).

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

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 zvláštního účtu v zahraničí je nutné přiložit tiskopis 70050 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 Pojistovna České spořitelny, a.s., Vienna Insurance Group, dále zjišťovala pro potřebu setření můj zdravotní stav a příslušnou zdravotní dokumentaci (resp. tyto údaje, týkající se nezletilé osoby pojištěného, jehož jsem zákonným zástupcem) u příslušných lékařů a žádala tyto lékaře o porizení 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, oprávním příslušného lékaře, aby pojistiteli poskytl požadované informace tak, jak je povinen je poskytnout pacientovi podle § 67b odst. 12 uvedeného zákona, a proto zprostředkovaně lékaře povinnosti mlčenlivosti. Souhlasím, aby si pojistitel vyžadal 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 Pojistovna 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. tyto údaje, týkající se nezletilého pojistného, jehož jsem zákonným zástupcem, (dále jen „osobní údaje“) v rámci činnosti pojistovnictví a činnosti související s pojistováním a zajišťovací činnosti podle ustanovení § 1 a § 3 zákona č. 277/2009 Sb., o pojistovnictví, ve znění pozdějších předpisů, a to go dobro nezbytně nutnou k zajištění práv a povinností plynoucích z tohoto smluvního vztahu. Dále souhlasím s tím, aby mě osobní údaje (resp. tyto 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 pojistovna skupiny Vienna Insurance Group, případně asociacím těchto subjektů. Ve smyslu ustanovení § 27 zákona č. 101/2000 Sb., o ochraně osobních údajů a citlivých údajů, do jejichž sféry poskytnutí údajů bude zpracovávat Pojistovna České spořitelny, a.s., Vienna Insurance Group, nemám právní zájem v souladu s ustanovením zákona. Prohlašuji, že jsem byl/a ve smyslu ustanovení § 11 zákona řádně informován/a o zpracování svých osobních údajů, mych 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 vynosů z trestné činnosti a financování terorismu (dále jen „zákon“), které jsou k provedení identifikace nezbytné, včetně předložení příslušných dokladů. Dále souhlasím s tím, že pojišťitel může pro účely provedení identifikace a její kontroly dle zákona pořizovat kopie nebo vypsív 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 dalšími právními předpisy, oprávněnou osobou pro přijetí pojistného plnění.

V _____ dne _____ příjmení, jméno, telefon _____

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 _____ Uved'te diagnózu dle MKN10 a popis úrazu _____

Datum léčení od _____ do _____

Rehabilitace
Doba trvání od _____ do _____ Frekvence návštěv _____

Zvolená terapie _____

Jaké trvalé následky úraz zanechal? (popis objektivních příznaků a zejména poruchy funkce), pokud možno přiložte kopie příslušné lékařské dokumentace

Dle mně dostupných informací prohlašuji, že se JEDNÁ – NEJEDNÁ (nehodící se škrtněte) o první úraz postižené části těla. Pokud se nejedná o první úraz, uveďte předchozí úrazy s datem vzniku a případně přiložte kopie příslušné lékařské dokumentace.

Dle mně dostupných informací prohlašuji, že na celkový rozsah trvalých následků MĚLY – NEMĚLY (nehodící se škrtněte) vliv chorobné změny či předchozí úrazy (i takové, které s předmětným úrazem přímo nesouvisí). Pokud měly, uveďte jednotlivá onemocnění či úrazy s datem výskytu a způsobem léčení a případně přiložte kopie příslušné lékařské dokumen-tace.

Dle mně dostupných informací prohlašuji, že funkce postižených částí těla BYLA – NEBYLA (nehodící se škrtněte) omezena již před úrazem. Pokud byla omezena již před úrazem, uveďte v jakém rozsahu a případně přiložte kopie příslušné lékařské dokumentace.

Je skončeno léčení a dnešní stav je neměnný? _____

Pokud ne, uveďte další plánované nebo pacientovi navrhované výkony (extrakce kovu, plastika, RHB aj.). _____

Nezbytné jsou informace, týkající se daného úrazu (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 či one-mocnění.

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.