

Záznamy pojistitele

Oznámení pojistné události Bolestné

Tento formulář vyplňte a přiložte k němu zprávu lékaře, ve které jsou jednoznačně specifikovány všechny diagnózy, za které uplatňujete nárok na pojistné plnění. Poté formulář včetně přílohy pošlete na adresu ČSOB Pojišťovny uvedenou v záhlaví nebo elektronicky na info@csobpoj.cz.

Část 1 Pojistná smlouva (čísla pojistných smluv pojištěného, ze kterých uplatňuje nárok na plnění)

č.	č.	č.
---------	---------	---------

Osobní údaje pojištěného

Jméno a příjmení	Rodné číslo	Zdravotní pojišťovna
Korespondenční adresa (název ulice, číslo popisné, obec)	PSČ	Telefon
E-mail	Stát místa narození, pokud je jiný než ČR	Stát trvalého pobytu, pokud je jiný než ČR

Osobní údaje zplnomocněné osoby (oznamovatele – je-li odlišný od pojištěného / zákonného zástupce nezletilého pojištěného)

Jméno a příjmení	Vztah k pojištěnému	Rodné číslo
Korespondenční adresa (název ulice, číslo popisné, obec)	PSČ	Telefon
E-mail	Stát místa narození, pokud je jiný než ČR	Stát trvalého pobytu, pokud je jiný než ČR

Výplata pojistného plnění

<input type="checkbox"/> Plnění poukážte na účet	Číslo účtu	Kód banky	Specifický symbol	Variabilní symbol
<input type="checkbox"/> Plnění poukážte na adresu	<input type="checkbox"/> Adresa totožná s adresou pojištěného	<input type="checkbox"/> Adresa odlišná od adresy pojištěného (ulice, č.p., obec, PSČ)		

Část 2 Údaje o vzniku úrazu

Kdy a kde k úrazu došlo	Datum	Čas	Místo
Popis úrazového děje			
Poraněná část těla			
Byla poraněná část těla již před úrazem postižena?	NE <input type="checkbox"/>	ANO <input type="checkbox"/>	Pokud ANO, napište jak a kdy.
Došlo k úrazu při sportu?	NE <input type="checkbox"/>	ANO <input type="checkbox"/>	Pokud ANO, napište druh sportu.

Došlo k úrazu pod vlivem alkoholu či omamné nebo psychotropní látky?	NE <input type="checkbox"/>	ANO <input type="checkbox"/>
Vyšetřovala úraz policie?	NE <input type="checkbox"/>	ANO <input type="checkbox"/> Pokud ano, doložte konečné usnesení.

CSOBPO900000000



Svědci přítomní úrazu: Jméno a příjmení	Adresa	Telefon
Jméno a adresa lékaře nebo zařízení, které poskytlo prvotní ošetření		Datum prvního ošetření
Kde probíhalo další léčení úrazu	Jméno a adresa praktického lékaře	

Část 3
Seznam dokladů nezbytných k posouzení nároku na plnění z pojištění

Příloženo ANO	NE	Název dokladu
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Zpráva lékaře o léčení úrazu, ve které jsou jednoznačně specifikovány všechny diagnózy, za které je uplatňován nárok na pojistné plnění.
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Konečné usnesení policie, pokud byl úrazový děj vyšetřován policií (dopravní nehody, trestné činy)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Plná moc v případě, že za pojištěného uplatňuje nárok na pojistné plnění 3. osoba odlišná od zákonného zástupce.

Uplatnil pojištěný nárok na pojistné plnění za stejný úraz **NE** **ANO** Pokud ANO, uveďte název pojistitele.
i u jiného pojistitele?

Prohlášení
Pojištěného:

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 (dále jen „zákon“), souhlasím, aby mé osobní údaje, včetně údajů o mém zdravotním stavu, byly pojistitelem zpracovávány v rámci činnosti v pojišťovnictví a činnosti související s pojišťovací činností podle zákona č. 277/2009 Sb., o pojišťovnictví, 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, souhlasím s tím, aby ve stejném rozsahu, za stejným účelem a po stejnou dobu jako ostatní osobní údaje bylo využíváno rodné číslo, jehož jsem nositelem. Prohlašuji, že jsem byl v souladu se zákonem řádně informován o zpracování svých osobních údajů, svých právech a povinnostech zpracovatelů údajů. Veškeré poskytnuté údaje bude zpracovávat pojistitel nebo zpracovatel registrovaný v souladu s § 16 zákona Úřadem pro ochranu osobních údajů. Dále zmocňuji pojistitele, aby si pro potřebu šetření pojistné události vyžadoval veškeré informace a potřebnou zdravotní dokumentaci o mém zdravotním stavu a zavazují se tuto zdravotní dokumentaci v případě potřeby pro pojistitele zajistit. Zároveň žádám a opravňuji tímto všechny dotazované ošetřující lékaře o uvedení přesné diagnózy. 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.

Oznamovatele 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., výslovně souhlasím, aby mé osobní údaje byly pojistitelem zpracovány v rámci činnosti v pojišťovnictví a činnosti související s pojišťovací činností podle zákona č. 277/2009 Sb., 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, souhlasím s tím, aby ve stejném rozsahu, za stejným účelem a po stejnou dobu jako ostatní osobní údaje bylo využíváno rodné číslo, jehož jsem nositelem. Prohlašuji, že jsem byl v souladu se zákonem řádně informován o zpracování svých osobních údajů, 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.

Souhlasím s tím, že budu pojišťovnou kontaktován/a elektronickou cestou s využitím mnou uvedených kontaktních údajů (e-mail/telefon) a to včetně zaslání informací o mém zdravotním stavu nebo zdravotním stavu toho, jehož jsem zákonným zástupcem.

V dne

.....
Podpis pojištěného

.....
Podpis oznamovatele, zplnomocněné osoby
(předkládá-li tiskopis)