



Hlášení pojistné události – úraz

Z2024

(plnění za dobu léčení úrazu a/nebo plnění za dobu léčení úrazu v pracovní neschopnosti a/nebo hospitalizaci)

Pokyny k vyplnění:

- Ke každému úrazu vyplňte pouze jedno hlášení, **pečlivě a úplně vyplňte část 1. a část 2., nezapomeňte se podepsat.**
- Část 3. nechte vyplnit ošetřujícímu lékaři (poplatek za vyplnění hradí klient), nebo sami vyplňte oddíly Potvrzení hospitalizace a Potvrzení doby léčení.
- Nestačí-li Vám místo ve formuláři, pokračujte dále na samostatném listu papíru.
- Kompletním vyplněním a doložením všech požadovaných dokladů přispějete k rychlé likvidaci Vašeho úrazu. V případě neúplného vyplnění či chybějících příloh bude klient vyzván, aby před zahájením likvidace na vlastní náklady chybějící údaje či přílohy doplnil.
- V případě jakýchkoliv problémů s vyplněním se poraďte se svým pojištým poradcem.

Současně s hlášením vždy doložte:

- **Kopie veškeré zdravotnické dokumentace z průběhu léčení** (záznamy z ošetření, odborné zprávy, operační protokoly, zprávy z rehabilitace atd.). Bez kopie lékařské zprávy o prvním ošetření a bez propouštěcí zprávy v případě hospitalizace není možné zahájit likvidaci úrazu.
- Informace týkající se **předchozích úrazů či onemocnění**, která jsou v souvislosti s předmětným úrazem, nebo která se týkají části těla úrazem postižené.
- Kopii policejního protokolu, pokud příčinou úrazu byla dopravní nehoda a pojištěný řídil vozidlo, nebo pokud z jiného důvodu případ vyšetřovala policie.
- Uplatňujete-li plnění za dobu úrazu v pracovní neschopnosti, doložte **doklady o čerpání pracovní neschopnosti**, které jsou specifikovány v oddílu Povolání v době vzniku úrazu.

ČÁST 1. – POJIŠTĚNÝ

Číslo všech pojistných smluv pojištěného u Pojišťovny České spořitelny, a.s., Vienna Insurance Group

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54	55	56	57	58	59	60	61	62	63	64	65	66	67	68	69	70	71	72	73	74	75	76	77	78	79	80	81	82	83	84	85	86	87	88	89	90	91	92	93	94	95	96	97	98	99	100
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	-----

Pojištěná osoba, které se stal úraz

A. Příjmení, jméno, titul _____ **B.** rodné číslo _____/_____

Adresa _____ PSČ _____

Příjmení, jméno, adresa a telefon praktického lékaře, u kterého je 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)

Povolání v době vzniku úrazu _____ Jste levák? _____

Poraněná část těla _____	Popis poranění _____
--------------------------	----------------------

První lékařské ošetření bylo poskytnuto dne _____ v (adresa, telefon) _____

Byla tato část těla poraněna již před úrazem (úraz, nemoc, trvalé následky)?_____ Pokud ano, uveďte rozsah _____

Byl/a iste v období do doby úrazu aktivním sportovcem? _____ Pro jaký druh sportů a na jaké úrovni _____

Vyšetřovala okolnosti úrazu policie? _____ Pokud ano, **přiložte kopie policejních protokolů.**

Byla příčinou úrazu dopravní nehoda? _____ Pokud ano, řídil pojištěný? _____

Povolání v době vzniku úrazu (tento oddíl vyplňte jen v případě sjednaného rizika připojištění úrazu k pracovní neschopnosti)

Byl/a jste z důvodu léčení úrazu v pracovní neschopnosti? ☐ ANO ☐ NE

Vyberte jednu ze tří možností, doplňte požadované údaje a přiložte požadované doklady:

- a) ☐ zaměstnanec uvedte pracovní poměr (doba určitá/neurčitá) _____
doložte **kopii pracovní neschopnosti** potvrzenou razítkem zaměstnavatele s datem návratu do zaměstnání
- b) ☐ OSVČ uvedte druh činnosti _____
doložte **potvrzení OSSZ, od kdy do kdy jste OSVČ**
Jste plátcem nemocenského pojištění? ANO ☐ doložte **potvrzení OSSZ o čerpání nemocenských dávek**
NE ☐ doložte **potvrzení OSSZ, od kdy nejste plátcem**
doložte **potvrzení lékaře o trvání pracovní neschopnosti**
- c) ☐ jiné (dítě, rodič na MD, nezaměstnaný aj.)
vyberte a запиšte jednu z možností _____ doložte **potvrzení lékaře o trvání pracovní neschopnosti**

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 typu flexi sjednaných před 1. 1. 2005 pojistník. Ve všech ostatních případech nezletilého pojištěného je oprávněnou osobou zákonný zástupce, není-li v pojistné smlouvě ujednáno jinak. Zákonný zástupce musí doložit identifikační údaje zastoupeného (např. kopií občanského průkazu se zapsáním údajů zastoupeného, popř. kopií rodného listu zastoupeného).

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

telefon _____ e-mail _____ **D.** rodné číslo _____ / _____

korespondenční adresa _____

vztah k pojištěnému, na jehož základě uplatňujete pojistné plnění: ☐ pojištěný ☐ zákonný zástupce ☐ pojistník

zvolený způsob výplaty:

☐ **Na účet klienta vedený v ČR** – číslo účtu _____

☐ **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**
(za tento způsob výplaty je pojistitelem účtován poplatek dle platného přehledu poplatků a parametrů produktu)

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.
Zmocňuji pojistitele, aby zjišťoval či ověřoval můj zdravotní stav pro účely šetření pojistné události, a to zejména formou dotazů u příslušných lékařů (zdravotnických zařízení), žádostí o poskytnutí lékařských zpráv, pořízení výpisů nebo opisů ze zdravotnické dokumentace, popř. z jiných zápisů, které se vztahují k mému zdravotnímu stavu (resp. ke zdravotnímu stavu nezletilého pojištěného, jehož jsem zákonným zástupcem).
Zprošťuji v souladu s § 51 odst. 2 písm. b) zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování, příslušného lékaře, resp. provozovatele zdravotnického zařízení ve vztahu k pojistiteli mlčenlivosti ve stejném rozsahu, v jakém je pojistitel oprávněn požadovat informace či dokumenty podle předchozího odstavce a dále podle toho, v jakém je pojistitel oprávněn požadovat informace či dokumenty podle předchozího odstavce a dále podle toho, jak je povinen je poskytovat pacientovi podle § 31 a následujících citovaného zákona.
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, aby pojistitel zpracovával ve smyslu zákona č. 101/2000 Sb., o ochraně osobních údajů, ve znění pozdějších předpisů, 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 v 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, a předával je členům pojišťovací skupiny Vienna Insurance Group a Finanční skupiny České spořitelny, a.s., (dále jen „správně osoby“) a ostatním subjektům podnikajícím v oblasti pojišťovnictví, bankovníctví a jiných peněžních služeb (dále jen „ostatní subjekty“). Dále souhlasím, aby pojistitel, jeho správně osoby a ostatní subjekty používali mé osobní údaje, včetně kontaktů pro elektronickou komunikaci, za účelem zaslání svých obchodních a reklamních sdělení a nabídky služeb.
Souhlasím s tím, aby mne v případě šetření této pojistné události pojistitel kontaktoval prostředky elektronické komunikace (např. e-mail, sms).
Oprávněná osoba uvedená a podepsaná v této (druhé) části formuláře prohlašuje, že je v souladu s uzavřenou pojistnou smlouvou, zákonem č. 89/2012 Sb., občanský zákoník, a dalšími právními předpisy, oprávněnou osobou pro přijetí pojistného plnění.

V _____ dne _____ příjmení, jméno _____

podpis oprávněné osoby _____

ČÁST 3. – LÉKAŘSKÁ ZPRÁVA

rodné číslo pacienta _____ / _____

☐ **vyplněna lékařem** 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 veškeré požadované dokumentace. **Poplatek za vyplnění formuláře lékařem hradí klient na vlastní náklady.**

☐ **vyplněna klientem** Vyplňte v této části 3 pouze výrazně označené oddíly (Potvrzení hospitalizace a Potvrzení doby léčení) a doložte – vzestupně seřazené a očíslované – veškeré kopie lékařských zpráv z průběhu léčení (viz požadované doklady v záhlaví tohoto formuláře). **Pojistné plnění bude vyplaceno pouze v rozsahu doložené zdravotní dokumentace.**

Datum úrazu _____ **Přiložte kopie zpráv z prvního lékařského ošetření úrazu a kopie záznamů z průběhu léčby.**

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 a přiložte kopie v záhlaví požadované 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. hnísání apod. – a uveďte dobu jejich trvání od – do)

Výpis všech předchozích úrazů a onemocnění nyní postižené části těla (**doložte kopie odborných zpráv**), nebo prohlášení, že se jedná o první poranění (onemocnění):

popis předchozích poranění (onemocnění)	dg. dle MKN10	měsíc a rok kdy nastalo

Potvrzení hospitalizace

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

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 _____

RÁNY

revize rány ☐ NE ☐ ANO

excise okrajů rány ☐ NE ☐ ANO

sutura rány ☐ NE ☐ ANO druh stehu _____ datum stehy ex _____

hluboká rána do podkoží ☐ NE ☐ ANO

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 _____

Pokud byla část 3. – Lékařská zpráva vyplněna lékařem, lékař svým podpisem potvrzuje, že ošetřoval pojištěného, který je uveden v první části tohoto formuláře, a podle ustanovení zákona č. 89/2012 Sb., občanský zákoník, uvedl veškeré jemu dostupné informace týkající se předmětného úrazu.

V _____ dne _____ Razítko a podpis lékaře _____

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

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.

Formulář k provedení identifikace a kontroly fyzické osoby

Číslo všech pojistných smluv pojištěného u Pojišťovny České spořitelny, a.s., Vienna Insurance Group

--	--	--

Údaje A. až D. musí být vyplněny shodně s údaji v 1. a 2. části hlášení 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 _____ Telefon _____
(vyplňte hůlkovým písmem)

Identifikace partnera (HR)

Identifikace poradce

--	--	--	--	--	--	--	--	--

Aby identifikace byla platná, je nezbytně nutné vyplnit oba identifikační údaje.

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.