



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.

(onemocnění a úraz)

Z1030

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.** Nestáčí-li Vám místo ve formuláři, pokračujte dále na samostatném listu papíru. Třetí část formuláře předložte k vyplnění svému ošetřujícímu lékaři. Poplatek za vyplnění formuláře lékárnou hradí klient.

Kompletním vyplněním celého formuláře a doložením veškerých požadovaných dokladů přispějete k hladké likvidaci Vaší pojistné události.

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

Požadované doklady: Je nutné doložit kopie veškeré zdravotnické dokumentace z průběhu léčení, včetně kopie lékařské zprávy o prvním ošetření. 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. Nezbytnou přílohou jsou kopie zdravotní dokumentace týkající se daného úrazu či onemocnění (veškerá odborná vyšetření, propouštěcí zpráva atd.). Nezbytnou přílohou jsou rovněž kopie zdravotní dokumentace týkající se předchozích úrazů či onemocnění, která jsou v souvislosti s předmětným onemocněním nebo se týkají části těla, již se týká daný úraz či onemocnění. Dále je třeba doložit doklady o čerpání pracovní neschopnosti, které jsou specifikovány v části formuláře týkající se povolání v době vzniku pojistné události, a kopii průkazu o trvání pracovní neschopnosti.

ČÁST 1. – POJIŠTĚNÝ

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

--	--	--

Pojištěná osoba, které se stala pojistná událost

Příjmení, jméno, titul _____ rodné číslo _____ / _____

Adresa _____ PSČ _____

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

Povolání v době vzniku pojistné události (vyberte jednu ze tří možností, doplňte požadované údaje a přiložte požadované doklady):

- a) ☐ zaměstnanec uveďte povolání _____
doložte kopii pracovní neschopnosti potvrzenou razítkem zaměstnavatele s datem návratu do zaměstnání
- b) ☐ OSVČ jste plátcem nemocenského pojištění? ANO ☐ doložte potvrzení OSSZ o čerpání nemocenských dávek
NE ☐ doložte potvrzení OSSZ, od kdy nejste plátcem
- c) ☐ jiné (dítě, rodič na MD, nezaměstnaný aj.)
vyberte a запиšte jednu z možností (pojišťovna poskytne plnění jen v případě hospitalizace, vznikne-li na něj nárok): _____

K úrazu (onemocnění) došlo dne _____ v hod. _____ místo _____

Počátek pracovní neschopnosti _____ konec pracovní neschopnosti _____

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

Kde probíhalo další léčení _____

Byla postižená část těla léčena / toto onemocnění léčeno již dříve? _____

V případě úrazu dále uveďte:

Poraněná část těla _____

Popis poranění _____

Podrobný popis způsobu vzniku úrazu _____

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

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

Byla příčinou úrazu dopravní nehoda? _____ Řídil pojištěný? _____

Potvrdí subjekt, v jehož prospěch je zajištění závazku sjednáno

Přesný název subjektu _____

Číslo úvěrové smlouvy _____ Celková výše poskytnutého úvěru _____ Kč

Zůstatek úvěru (jistina + úroky + poplatky za vedení účtu) k datu pojistné události po odečtení neuhrazených splátek úvěru splatných před datem vzniku pojistné události _____ Kč Splátka úvěru k datu pojistné události _____ Kč

Byl úvěr k dnešnímu dni splacen? _____

Ověřil/a za subjekt, v jehož prospěch je zajištění závazku siednáno

příjmení _____ jméno _____ číslo pobočky _____ telefon _____

osobní číslo _____ datum _____ podpis _____

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 – oprávněnou osobou je pojištěný.

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

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

korespondenční adresa _____

zaškrtněte Vaši volbu pro výplatu plnění:

- ☐ **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**
(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), žádosti o poskytnutí lékařských zpráv, porizení výpisů nebo opisů ze zdravotnické dokumentace, popř. z jiných zápisů, které se vztahují k mému zdravotnímu stavu.
Zprůstupuji 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 citovaných zákonů.
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 (dále jen „osobní údaje“), v rámci činnosti v pojišťovníctví a činnosti související s pojišťovací a zajišťovací činností podle ustanovení § 1 a § 3 zákona č. 277/2009 Sb., o pojišťovníctví, 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 „sprízněné osoby“) a ostatním subjektům podnikajícím v oblasti pojišťovníctví, bankovníctví a jiných peněžních služeb (dále jen „ostatní subjekty“). Dále souhlasím, aby pojistitel, jeho sprízněné 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 _____ / _____

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. Nestačí-li místo ve formuláři, pokračujte na samostatném listu papíru.

Poplatek za vyplnění hradí klient na vlastní náklady.

Datum úrazu (onemocnění) _____ **Přiložte kopie záznamu z prvního lékařského ošetření úrazu a kopie záznamů z průběhu léčby.**

Uveďte diagnózu dle MKN10 s dobou léčení (od – do), v případě více diagnóz i u jednotlivých diagnóz _____

Uveďte podrobný popis úrazu (onemocnění) a přiložte kopie příslušné lékařské dokumentace _____

RTG (datum, popis) _____

Způsob léčení (popište i případné další komplikace při léčení – např. hnisání, záněty 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

V případě úrazu dále uveďte:

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? _____

Potvrzení doby léčení v pracovní neschopnosti*

Doba léčení onemocnění 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

Nezbytnou přílohou této lékařské zprávy jsou kopie zdravotní dokumentace, týkající se daného úrazu či onemocnění (veškerá odborná vyšetření, propouštěcí zpráva atd.).

Nezbytnou přílohou jsou rovněž kopie zdravotní dokumentace, týkající se předchozích úrazů či onemocnění, která jsou v souvislosti s předmětným onemocněním, nebo se týkají části těla, již se týká daný úraz či onemocnění a dále propouštěcí zpráva v případě hospitalizace.

Lékař 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 či onemocnění.

V _____ dne _____ Razítko a podpis lékaře _____

ČÁST 4. – 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.

ČÁST 5. – 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.

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 podobv výše uvedené fyzické osobv 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.