



0000000000Z1028

doručeno dne:

## Hlášení pojistné události – trvalé následky úrazu

**Z1028**

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.** Nestací-li Vám místo ve formuláři, pokračujte dále na samostatném listu papíru. Třetí část formuláře předložte k vyplnění svému ošetřujícímu lékaři. Poplatek za vyplnění formuláře lékařem 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 poradte se svým pojistným poradcem.**

**Požadované 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 předmětným úrazem, nebo která se týkají části těla úrazem postižena.

### ČÁST 1. – POJIŠTĚNÝ

|                                                                                                                                                                                       |                      |                                     |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------|-------------------------------------|
| Číslo všech pojistných smluv pojištěného u Pojišťovny České spořitelny, a.s., Vienna Insurance Group                                                                                  |                      |                                     |
| <input type="text"/>                                                                                                                                                                  | <input type="text"/> | <input type="text"/>                |
| <b>Pojištěná osoba, které se stala pojistná událost</b>                                                                                                                               |                      |                                     |
| <b>A.</b> Příjmení, jméno, titul _____                                                                                                                                                |                      | <b>B.</b> rodné číslo _____ / _____ |
| Adresa _____                                                                                                                                                                          |                      | PSČ _____ 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 _____<br>(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/a jste v období do doby úrazu aktivním sportovcem? _____ Pro jaký druh sportů a na jaké úrovni _____                                                                              |                      |                                     |
| Vyšetřovala okolnosti úrazu policie? _____ Pokud ano, <b>přiložte kopie policejních protokolů.</b><br>(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 pojišťovna. 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. kopii občanského průkazu se zapsáním údajů zastoupeného, popř. kopii rodného listu zastoupeného).**

Výplatu pojistného plnění poukážte **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 ☐ pojišťovna  
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 kterémkoliv pobočce České spořitelny, a.s.

☐ **Poštovní poukázku 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.

Zmochňuji pojišťovnu, aby zjišťovala či ověřovala můj zdravotní stav pro účely šetření pojistné události, a to zejména formou dotazů u příslušných lékařů (zdravotnických zařízení), žádostí o poskytnutí lékařských zpráv, porizení 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).

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 pojišťovně mlčenlivosti ve stejném rozsahu, v jakém je pojišťovna oprávněna požadovat informace či dokumenty podle předchozího odstavce a dále podle toho, v jakém je pojišťovna oprávněna 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 pojišťovna vyžádala dokumentaci nezbytnou ke stanovení rozsahu pojistného plnění i od zaměstnavatele, správy sociálního zabezpečení, policie, soudu apod., a zavazují se tuto dokumentaci pro pojišťovnu v případě potřeby zajistit.

Souhlasím, aby pojišťovna zpracovávala 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. tyto 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 „spřízněné osoby“) a ostatním subjektům podnikajícím v oblasti pojišťovnictví, bankovnínictví a jiných peněžních služeb (dále jen „ostatní subjekty“). Dále souhlasím, aby pojišťovna, jeho spřízněné 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 pojišťovna kontaktovala 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 _____ Uveďte diagnózu dle MKN10 a popis úrazu _____                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
| Datum léčení od _____ do _____                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| Rehabilitace<br>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 ( <i>nehodící se škrtněte</i> ) o <b>první</b> 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 ( <i>nehodící se škrtněte</i> ) 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 dokumentace. |
| Dle mně dostupných informací prohlašuji, že funkce postižených částí těla BYLA – NEBYLA ( <i>nehodící se škrtněte</i> ) 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 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.

**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.

## 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

|                                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> <b>Identifikace fyzické osoby, která uplatňuje nárok na pojistné plnění</b> | <input type="checkbox"/> <b>Identifikace zákonného zástupce</b><br>Pozn. V případě, že se jedná o zákonného zástupce, doloží zákonný zástupce <b>identifikační údaje zastoupeného</b> (např. občanský průkaz se zápisem zastoupeného). | <input type="checkbox"/> <b>Identifikace fyzické osoby zmocněnce</b><br>Pozn. V případě zastoupení na základě plné moci (zmocněnec) se k tomuto identifikačnímu listu přiloží <b>originál plné moci</b> udělený pojistníkem zmocněnci s úředně ověřeným podpisem. |
| <b>C.</b> Příjmení a jméno<br>(případně všechna příjmení a jména)                                    |                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| <b>D.</b> Rodné číslo<br>(nebo datum narození, nebylo-li rodné číslo přiděleno)                      |                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| Místo narození                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| Pohlaví                                                                                              |                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| Trvalý nebo jiný pobyt<br>(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.