



0000000000Z1062

doručeno dne:

Hlášení pojistné události pro zálohové plnění – onemocnění (plnění za dobu léčení onemocnění a/nebo plnění za hospitalizaci)

Z1062

Upozornění: Tento formulář lze použít pro hlášení pojistné události pro zálohové plnění pouze pro produkt FLEXI životní pojištění u pojištění hospitalizace a pojištění pracovní neschopnosti – nemoc a pro produkt FLEXI životní pojištění – JUNIOR (Flexibilní životní pojištění JUNIOR) u pojištění hospitalizace. Pojistitel má právo za každou vyplacenou zálohu na pojistné plnění účtovat pojistnému poplatek (viz platný přehled poplatků a parametrů produktu).

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 předložíte k vyplnění svému 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.

Požadované doklady: Nezbytné jsou především informace týkající se daného onemocnění (odborná vyšetření, propouštěcí zpráva atd.). Dále informace týkající se předchozích onemocnění, která jsou v souvislosti s předmětným onemocněním nebo se týkají části těla, již se týká dané onemocnění. V případě pojistné události v rámci pojištění pracovní neschopnosti – nemoc je třeba doložit doklady o čerpání pracovní neschopnosti, které jsou specifikovány v části formuláře týkající se povolání v době vzniku pojistné události.

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 _____		
Příjmení, jméno, adresa a telefon praktického lékaře, u kterého je vedena kompletní zdravotní dokumentace pojištěného _____		
Kde a kdy bylo poskytnuto první lékařské ošetření _____		
Kde probíhalo další léčení _____		
Byla postižená část těla léčena / toto onemocnění léčeno / již dříve? _____		
Povolání v době vzniku pojistné události (vyberte jednu ze tří možností, doplňte požadované údaje a přiložte požadované doklady):		
a) ☐ zaměstnanec	uveďte povolání a pracovní poměr (doba určitá/neurčitá) _____ doložte kopii pracovní neschopnosti potvrzenou razítkem zaměstnavatele	
b) ☐ OSVČ	uveďte 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	
c) ☐ jiné	(dítě, rodič na MD, nezaměstnaný aj.) vyberte a запиšte jednu z možností _____	

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 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, 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 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
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 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.
Zmochuji pojištěného, aby ověřoval můj zdravotní stav pro účely šetření pojistné události, a to zejména formou dotazů u příslušných lékařů (zdravotnických zařízení), žádostí o poskytnutí lékařských zpráv, poručením 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 pojištění mlčenlivosti ve stejném rozsahu, v jakém je pojištěl 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 pojištěl vyzádal dokumentaci ke stanovení rozsahu pojistného plnění i od zaměstnavatele, správy sociálního zabezpečení, policie, soudu apod., a zavazuji se tuto dokumentaci pro pojištěl v případě potřeby zajistit.
Souhlasím, aby pojištěl 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 „správné osoby“) a ostatním subjektům podnikajícím v oblasti pojišťovnictví, bankovníctví a jiných peněžních služeb (dále jen „ostatní subjekty“). Dále souhlasím, aby pojištěl, jeho správné 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 pojištěl 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.

Uveďte diagnózy dle MKN10 (vč. doby léčení od – do) a popis onemocnění. V případě více diagnóz uveďte pro každou diagnózu s dobou léčení (od – do). Případně přiložte kopie příslušné lékařské dokumentace.

popis onemocnění	dle MKN10	léčení (od – do)
1.		
2.		
3.		
4.		
5.		

Kdy byla diagnóza (diagnózy) poprvé stanovena (datum) _____

Datum indikace k případnému operačnímu řešení _____

Kdy se objevily první obtíže evidované ve zdravotní dokumentaci klienta (měsíc, rok), které byly v příčinné souvislosti s nynějším onemocněním,

a o jaké příznaky se jednalo (popište chronologicky a přiložte kopie příslušné lékařské dokumentace) _____

Potvrzení hospitalizace (doložte kopiemi propouštěcích zpráv)

Den příjmu do nemocnice _____ Den propuštění _____ přiložte kopii propouštěcí zprávy

Potvrzení doby léčení

Doba léčení onemocnění v pracovní neschopnosti* _____ do _____

*u osob, u kterých se pracovní neschopnost nevystavuje, doba léčení, na kterou by jinak pracovní neschopnost vystavena byla

Nezbytné jsou především informace, týkající se daného onemocnění (odborná vyšetření, propouštěcí zpráva atd.). Dále informace, týkající se předchozích onemocnění, která jsou v souvislosti s předmětným onemocněním nebo se týkají části těla, již se týká dané onemocnění.

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. – 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

☐ 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 (uved'te 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.