

**Hlášení pojistné události – úraz** (plnění za denní odškodné,
pracovní neschopnost, hospitalizaci)**Z4024**

Kompletním vyplněním a doložením všech požadovaných dokladů přispějete k rychlé likvidaci pojistné události.
V případě jakýchkoliv dotazů se obraťte na informační linku 958 888 111 (ve všední dny od 7 do 19 hodin).

Vyplněný formulář zašlete na adresu: Pojišťovna České spořitelny, a.s., Vienna Insurance Group, náměstí Republiky 115, Zelené Předměstí, 530 02 Pardubice.

POJISTNÁ SMLOUVA

Uveďte čísla pojistných smluv, ze kterých hlášíte pojistnou událost

ČÍSLO SMLOUVY	ČÍSLO SMLOUVY	ČÍSLO SMLOUVY

POJIŠTĚNÁ OSOBA (osoba, které se stal úraz)

JMÉNO	PŘÍMĚNÍ	TITUL
RODNÉ ČÍSLO	E-MAIL	TELEFON

KONTAKTNÍ ADRESA

ULICE	Č. P.	PSČ
OBEC	STÁT	

Pojištěná osoba nyní je (nebo v posledních 12 měsících byla) politicky exponovanou osobou, nebo je (nebo v posledních 12 měsících byla) vůči politicky exponované osobě v postavení osoby blízké či jiné ve smyslu zákona č. 253/2008 Sb., o některých opatřeních proti legalizaci výnosů z trestné činnosti a financování terorismu. K hlášení pojistné události je nutné přiložit vyplněný formulář Prohlášení klienta o politicky exponované osobě, který je jeho nedílnou součástí. Formulář naleznete na www.pojistovnacs.cz.

Jaké bylo vaše povolání v době vzniku úrazu?

Uveďte jméno a adresu svého praktického lékaře.

POPIS ÚRAZU

Kdy se vám úraz stal? DEN MĚSÍC ROK ČAS Kde se vám úraz stal? (např. tělocvična, Praha 4)

DEN	MĚSÍC	ROK	ČAS	Kde se vám úraz stal? (např. tělocvična, Praha 4)
		20	:	

První lékařské ošetření bylo poskytnuto dne DEN MĚSÍC ROK

DEN	MĚSÍC	ROK
		20

! Doložte kopii lékařské zprávy z prvního ošetření.

Ve zdravotnickém zařízení (město), případně jméno lékaře

Léčení probíhalo (od-do) DEN MĚSÍC ROK DEN MĚSÍC ROK

DEN	MĚSÍC	ROK	DEN	MĚSÍC	ROK
		20			20

! Doložte kopie lékařských zpráv z průběhu léčení úrazu.

Jaká část těla byla poraněna? (např. pravá ruka)

Při jaké činnosti a jakým způsobem k úrazu došlo? Popište okolnosti vzniku úrazu

Úraz se vám stal při (vyberte jednu z variant) Zaměstnání / Volnočasové aktivitě

Stal se úraz při sportu? ANO NE

ANO	NE
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Pokud ano, uveďte druh sportu

Stal se vám úraz při rekreační sportovní činnosti? ANO NE

ANO	NE
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Jste profesionálním sportovcem s úvazkem minimálně 28 hodin týdně? ANO NE

ANO	NE
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Stal se vám úraz při výkonu profesionálního sportu? ANO NE

ANO	NE
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Byla tato část těla zasažena úrazem či nemocí již dříve? ANO NE

ANO	NE
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Pokud ano, uveďte rozsah

! Doložte kopie lékařských zpráv týkajících se tohoto dřívějšího zasažení části těla.

Vyšetřovala okolnosti úrazu policie? ANO NE

ANO	NE
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

! Přiložte kopii policejního protokolu.

Jednalo se o dopravní nehodu? ANO NE

ANO	NE
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Pokud ano, řídil/a jste? ANO NE

ANO	NE
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

HOSPITALIZACE

Vyplňte, pokud jste byl/a hospitalizován/a a máte sjednané pojištění hospitalizace.

Úraz si vyžádal hospitalizaci (od-do)

DEN MĚSÍC ROK

2 0

DEN MĚSÍC ROK

2 0

! Přiložte kopii propouštěcí zprávy.

Byl/a jste přeložen/a z nemocnice na doléčení do rehabilitačního ústavu, sanatoria či lázni?

ANO NE

Pokud ano, uveďte, od kdy - do kdy

DEN MĚSÍC ROK

2 0

DEN MĚSÍC ROK

2 0

! Doložte kopii zprávy o rehabilitačním pobytu.

Za tento pobyt vám budeme plnit max. 14 dnů.

ANO NE

! Přiložte kopii potvrzení o doprovodu dítěte.

Jednalo se o hospitalizaci dítěte do 7 let věku dítěte za doprovodu zákonného zástupce?

PRACOVNÍ NESCHOPNOST

Vyplňte, pokud jste byl/a v pracovní neschopnosti a máte sjednáno připojištění úrazu k pracovní neschopnosti.

(U osob, u kterých se pracovní neschopnost nevystavuje, uveďte dobu léčení, na kterou by jinak pracovní neschopnost vystavena byla.)

V pracovní neschopnosti jste byl/a (od-do)

DEN MĚSÍC ROK

2 0

DEN MĚSÍC ROK

2 0

V době počátku pracovní neschopnosti jste byl/a (vyberte jednu z variant)

Zaměstnanec

! Doložte kopii pracovní neschopnosti potvrzenou razítkem zaměstnavatele s datem návratu do zaměstnání.

Aktivní OSVČ nebo svobodné povolání

Druh činnosti

! Doložte kopii potvrzení OSSZ, od kdy do kdy jste OSVČ.

Jste plátcem dobrovolného nemocenského pojištění?

ANO

! Doložte kopii potvrzení OSSZ o čerpání nemocenských dávek.

NE

! Doložte kopii potvrzení OSSZ, že nejste plátcem, a potvrzení lékaře o době pracovní neschopnosti.

Jiné

(V případě, že jste na rodičovské či mateřské dovolené, v invalidním či starobním důchodu nebo nezaměstnaný a nemáte jiný příjem z pracovní činnosti, nárok na pojistné plnění nevzniká.)

OSOBA, KTERÁ UPLATŇUJE NÁROK NA POJISTNÉ PLNĚNÍ

Pojistnou událost hlásíte jako pojištěný?

ANO NE

Pokud ne, hlásíte pojistnou událost jako (vyberte jednu z variant)

Zákonný zástupce pojištěného dítěte

! U smluv od roku 2005 - je oprávněnou osobou zákonný zástupce.
! U smluv do roku 2005 - je oprávněnou osobou u smluv Flexibilního životního pojištění pojistník, - u ostatních produktů zákonný zástupce.

Pojistník za dítě

Osoba s plnou mocí

! Doložte ověřenou kopii plné moci s úředně ověřeným podpisem zmocnitele, která vás opravňuje k zastupování pojištěného ve věci šetření pojistné události a převzetí pojistného plnění.

Jiné

! Doložte kopii dokumentu, který vás opravňuje k hlášení pojistné události za pojištěného.

POKUD NEHLÁŠÍTE JAKO POJIŠTĚNÝ, VYPLŇTE PROSÍM (uveďte kontaktní adresu):

JMÉNO

PŘÍMENÍ

TITUL

RODNÉ ČÍSLO

E-MAIL

TELEFON

KONTAKTNÍ ADRESA

ULICE

Č. P.

OBEC

PSČ

JAKÝM ZPŮSOBEM CHCETE VYPLATIT POJISTNÉ PLNĚNÍ (vyberte jednu z variant)?

Na účet vedený v ČR

kód banky

Na sběrný účet České spořitelny (Ize vyzvednout na kterékoliv pobočce České spořitelny, a.s.)

Poštovní poukázkou na výše uvedenou adresu (za tento způsob výplaty účtujeme poplatek dle platného přehledu poplatků a parametrů produktu)

! V případě, že očekáváte, že pojistné plnění přesáhne částku 1 000 EUR, je nutné vyplnit i Formulář k provedení identifikace žadatele o pojistné plnění na 6. straně tohoto formuláře. V opačném případě bude plnění automaticky zasláno na sběrný účet České spořitelny.

Prohlašuji, že všechny údaje jsem uvedl/a úplně a pravdivě. Jsem si vědom/a právních důsledků neúplných nebo nepravdivých odpovědí na vaši povinnost plnit.

Poskytuji souhlas:

- k zaslání sdělení týkajících se stavu a výsledků šetření pojistné události s využitím prostředků elektronické komunikace (např. e-mail, SMS) na kontakty, které jsem uvedl/a v tomto hlášení pojistné události. Tímto způsobem nebudou zasílána sdělení obsahující osobní a citlivé údaje.

ZMOCNĚNÍ PODLE ZÁKONA O POSKYTOVÁNÍ ZDRAVOTNÍCH SLUŽEB

Udělují v souladu s § 2828 zákona č. 89/2012 Sb., občanského zákoníku, souhlas pojišťovně, aby zjišťovala či ověřovala můj zdravotní stav pro účely šetření pojistných událostí či výkonu jiných práv a povinností z pojistné smlouvy, a to zejména formou dotazů u příslušných lékařů (poskytovatelů zdravotních služeb), žádostí o poskytnutí lékařských zpráv, pořízení výpisů nebo opisů ze zdravotnické dokumentace, popř. z jiných zápisů, které se vztahují k mému zdravotnímu stavu; tento souhlas platí i po mé smrti a vztahuje se i na zjištění příčiny mé smrti. Dále opravňuji k poskytnutí těchto informací svého zaměstnavatele, správu sociálního zabezpečení, policii, soud, apod.

Zprošťuji v souladu s § 51 odst. 2 písm. b) zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování, příslušného lékaře, resp. poskytovatele zdravotních služeb, ve vztahu k pojišťovně mlčenlivosti ve stejném rozsahu, 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 násl. citovaného zákona, a to i v případě, že jde o diagnózu, která se obvykle pacientům v plném rozsahu nesděluje.

ZPRACOVÁNÍ OSOBNÍCH ÚDAJŮ

V následující části jsou uvedeny základní informace o zpracování vašich osobních údajů. Tyto informace se na vás uplatní, pokud jste fyzickou osobou. Více informací, včetně možnosti podání námítky v případě zpracování na základě oprávněného zájmu, práva na přístup a dalších práv, naleznete v Informačním listu o ochraně osobních údajů, který je trvale dostupný na webové stránce www.pojistovnacs.cz v sekci „Ochrana osobních údajů“ a na vyžádání na všech obchodních místech pojišťovny.

INFORMACE O ZPRACOVÁNÍ ÚDAJŮ O ZDRAVOTNÍM STAVU A GENETICKÝCH ÚDAJŮ

Berete na vědomí, že údaje o vašem zdravotním stavu a genetické údaje zpracovává pojišťovna na základě nezbytnosti pro **určení, výkon a obhajobu právních nároků**, a to pro účely *likvidace pojistné události, správy a ukončení pojistné smlouvy, ochrany právních nároků pojišťovny a prevence a odhalování pojistných podvodů a jiných protiprávních jednání.*

INFORMACE O ZPRACOVÁNÍ OSOBNÍCH ÚDAJŮ VYJMA ÚDAJŮ O ZDRAVOTNÍM STAVU A GENETICKÝCH ÚDAJŮ

Berete na vědomí, že identifikační a kontaktní údaje, údaje pro vyhodnocení potřeb a posouzení vhodnosti pojištění, údaje pro ocenění rizika při vstupu do pojištění a údaje o využívání služeb zpracovává pojišťovna na základě **oprávněného zájmu** pro účely *zajištění řádného nastavení a plnění smluvních vztahů s pojistníkem a souvisejících vztahů s vámi, správy a ukončení pojistné smlouvy, likvidace pojistné události, zajištění, ochrany právních nároků pojišťovny a prevence a odhalování pojistných podvodů a jiných protiprávních jednání.* Proti takovému zpracování máte právo kdykoliv podat námítku, která může být uplatněna způsobem uvedeným v Informačním listu o ochraně osobních údajů.

Berete na vědomí, že shora uvedené osobní údaje zpracovává pojišťovna také na základě a pro účely **plnění zákonných povinností**, které se na pojišťovnu vztahují.

Podpisem tohoto formuláře, resp. odesláním tohoto formuláře potvrzujete, že jste se důkladně seznámil s Informačním listem o ochraně osobních údajů, zejména s rozsahem zpracovávaných údajů, právními základy (důvody), účely a dobou zpracování osobních údajů a právy, která vám v této souvislosti náleží.

► Vyberte jednu z variant



- K hlášení přikládám kopie veškerých lékařských zpráv z průběhu léčení úrazu (pojistné plnění bude vyplaceno pouze v rozsahu doložené zdravotní dokumentace).
- Předávám lékařovi na vlastní náklady k vyplnění následující část hlášení pojistné události (lékařskou zprávu) a přikládám kopie lékařských zpráv.

V

DNE

PODPIS OSOBY, KTERÁ UPLATŇUJE
NÁROK NA POJISTNÉ PLNĚNÍ

LÉKAŘSKÁ ZPRÁVA**POJIŠTĚNÁ OSOBA**

JMÉNO PŘÍJMENÍ TITUL

RODNÉ ČÍSLO

DATUM ÚRAZU DEN MĚSÍC ROK **2 0**

Uved'te příčinu úrazu

Byl pojištěný v době úrazu pod vlivem alkoholu či jiných návykových látek? ANO NE ▶ Pokud ano, uveďte % alkoholu %

▶ Uveďte hladinu a způsob měření návykové látky

Byl příčinou úrazu pokus o sebevraždu nebo sebepoškození? ANO NE

Popis poranění	Dg. dle MKN10	Léčení od-do

Uved'te objektivní příznaky poranění zjištěné při prvním ošetření (např. otok, hematom)

Pokud bylo provedeno vyšetření RTG, MRI, CT, SONO, uveďte popis a datum

	DEN	MĚSÍC	ROK
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	2 0
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	2 0
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	2 0

Jaký byl způsob léčení (popište i případné komplikace a uveďte dobu jejich trvání)

Doba léčení úrazu (od kdy - do kdy) DEN MĚSÍC ROK **2 0** - DEN MĚSÍC ROK **2 0**

HOSPITALIZACE

Vyžádal si úraz hospitalizaci? ANO NE ▶ Pokud ano, uveďte, od kdy - do kdy trvala DEN MĚSÍC ROK **2 0** - DEN MĚSÍC ROK **2 0**

Byla nutná rehabilitace? ANO NE ▶ Pokud ano, uveďte, od kdy - do kdy trvala DEN MĚSÍC ROK **2 0** - DEN MĚSÍC ROK **2 0**

Zvolená terapie

VYPLŇUJE LÉKAŘ

Formulář k provedení identifikace žadatele o pojistné plnění

Formulář k provedení identifikace žadatele o pojistné plnění je nutné vyplnit v případech, kdy požadujete zaslat výplatu na svůj účet nebo na kontaktní adresu (složenka) a pojistné plnění převyšuje v přepočtu hodnotu 1 000 EUR. Pokud nezašlete správně vyplněný formulář k provedení identifikace a pojistné plnění převyšuje 1 000 EUR, zašleme výplatu pojistného plnění na účet České spořitelny, a.s. (tzv. sběrný účet) a identifikace bude provedena při výplatě na pobočce České spořitelny.

Ověření identifikačních údajů může na základě předložení dokladu totožnosti (občanský průkaz, cestovní pas) provést:

- pojišťovací poradce spolupracující s Pojišťovnou České spořitelny, a.s., Vienna Insurance Group,
- pracovník na kterékoliv pobočce České spořitelny, a.s.,
- obecní úřad s rozšířenou působností, krajský úřad, notář (doložení sepsané identifikační listiny, která je veřejnou listinou),
- zastupitelský úřad ČR - v případě provedení identifikace v zahraničí (doložení sepsané identifikační listiny, která je veřejnou listinou).

Vyplněný formulář zašlete na adresu: Pojišťovna České spořitelny, a.s., Vienna Insurance Group, náměstí Republiky 115, Zelené Předměstí, 530 02 Pardubice.

WYPLŇUJE PORADCE PŘI PLNĚNÍ NAD 1 000 EUR ▼

IDENTIFIKOVANÁ OSOBA (osoba, která uplatňuje nárok na pojistné plnění)

- Identifikace (vyberte jednu z variant) Pojištěného
 Zákonného zástupce ! Doloží identifikační údaje zastoupeného - např. rodný list zastoupeného dítěte.
 Fyzické osoby (zmocněnce) ! Doloží ověřenou kopii plné moci s úředně ověřeným podpisem zmocnitele.
 Jiné ! Doloží kopii dokumentu, který opravňuje uplatnit nárok na pojistné plnění.

ÚDAJE O IDENTIFIKOVANÉ OSOBĚ

JMÉNO	PŘÍJMENÍ	TITUL
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
RODNÉ ČÍSLO	Místo narození	Pohlaví <input type="checkbox"/> žena <input type="checkbox"/> muž
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Typ pobytu (vyberte jednu z variant) <input type="checkbox"/> Trvalý / <input type="checkbox"/> Jiný	Pokud jiný, uveďte typ pobytu <input type="text"/>	Státní občanství <input type="text"/>
Ulice	Č. P.	PSČ
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Obec	Stát	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Druh a číslo průkazu totožnosti	Doba platnosti DEN MĚSÍC ROK	Stát, případně orgán, který jej vydal
<input type="text"/>	<input type="text"/> 2 0	<input type="text"/>

POJIŠTĚNÁ OSOBA (osoba, které se stala pojistná událost), pokud se liší od identifikované osoby

JMÉNO	PŘÍJMENÍ	TITUL
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
RODNÉ ČÍSLO		
<input type="text"/>		

IDENTIFIKACI PROVEDL/A

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 náměstí Republiky 115, Zelené Předměstí, 530 02 Pardubice, IČ 47452820, zapsanou v OR vedeném v Hradci Králové 1. 10. 1992 v oddílu B vložce 855, provedl/a:

JMÉNO	PŘÍJMENÍ	TELEFON
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Číslo pobočky	User name	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	

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

Prohlašuji, že jsem zaznamenal/a a ověřil/a správnost identifikačních údajů a shodu podoby výše uvedené fyzické osoby s vyobrazením dle platného průkazu totožnosti.

Datum zaznamenání a ověření DEN MĚSÍC ROK 2 0

PODPIS OSOBY, KTERÁ PROVEDLA IDENTIFIKACI