



00000000073024

Hlášení pojistné události – úraz (plnění za dobu léčení úrazu, pracovní neschopnost, hospitalizaci)

Z3024

Kompletním vyplněním a doložením všech požadovaných dokladů přispějete k rychlé likvidaci úrazu.

V případě jakýchkoliv dotazů se obraťte na informační linku 956 777 222 (ve všední dny od 7 do 20 hodin, o víkendech od 8 do 16 hodin).

Vyplněný formulář zašlete na adresu: Pojišťovna České spořitelny, a.s., Vienna Insurance Group, náměstí Republiky 115, Zelené Předměstí, 53002 Pardubice.

> POJISTNÁ SMLOUVA

Uvedte čísla pojistných smluv, ze kterých hlásíte pojistnou událost

ČÍSLO SMLOUVY	ČÍSLO SMLOUVY	ČÍSLO SMLOUVY
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

> POJIŠTĚNÁ OSOBA (osoba, které se stal úraz)

JMÉNO	PŘÍJMENÍ	TITUL
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
RODNÉ ČÍSLO	E-MAIL	TELEFON
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

KORESPONDENČNÍ ADRESA

ULICE	Č. P.	PSČ
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
OBEC	STÁT	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	

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?

Uvedte 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)

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

První lékařské ošetření bylo poskytnuto dne DEN MĚSÍC ROK

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------

! Doložte kopii lékařské zprávy z prvního ošetření.

Ve zdravotnickém zařízení (město), případně jméno lékaře

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

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

! 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 Pokud ano, uveďte druh sportu

Stal se vám úraz při rekreační sportovní činnosti? ANO NE Jste profesionálním sportovcem s úvazkem minimálně 28 hodin týdně? ANO NE Stal se vám úraz při výkonu profesionálního sportu? ANO NE

Byla tato část těla zasažena úrazem či nemocí již dříve? ANO NE Pokud ano, uveďte rozsah

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

Vyšetřovala okolnosti úrazu policie? ANO NE Přiložte kopii policejního protokolu.

Jednalo se o dopravní nehodu? ANO NE Pokud ano, řidič/a jste? ANO NE

HOSPITALIZACE

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

Úraz si vyžádal hospitalizaci (od-do)

DEN MĚSÍC ROK DEN MĚSÍC ROK
 2 0 - 2 0

! Přiložte kopii propouštěcí zprávy.

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

ANO NE

Pokud ano, uveďte, od kdy - do kdy

DEN MĚSÍC ROK DEN MĚSÍC ROK
 2 0 - 2 0

! Doložte kopii zprávy o rehabilitačním pobytu.

Za tento pobyt vám budeme plnit max. 14 dnů.

ANO NE

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

! Přiložte kopii potvrzení o doprovodu dítěte.

PRACOVNÍ NESCHOPNOST

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

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

DEN MĚSÍC ROK DEN MĚSÍC ROK
 2 0 - 2 0

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

Zaměstnanec s pracovním poměrem na dobu

Určitou / Neurčitou

! 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.

Pojistník za dítě

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

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 NEHLÁSÍTE JAKO POJIŠTĚNÝ, VYPLŇTE PROSÍM (uveďte korespondenční adresu):

JMÉNO PŘÍJMENÍ TITUL

ULICE Č. P.

OBEC PSČ

RODNÉ ČÍSLO E-MAIL TELEFON

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 identifikaci příjemce plnění na 5. 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 povinnost pojistitele plnit.

Zmocňuji pojistitele, aby pro účely šetření pojistné události zjišťoval či ověřoval můj zdravotní stav (příp. zdravotní stav pojištěného, jehož zastupuji), a to i po mé smrti, u příslušných lékařů (zdravotnických zařízení) a vyžadoval lékařské zprávy, výpisy nebo opisy zdravotnické dokumentace, popř. jinou dokumentaci vztahující se ke zdravotnímu stavu. Opravňuji v hlášení uvedeného lékaře (zdravotnické zařízení), aby pojistiteli poskytl informace o mém zdravotním stavu (příp. zdravotním stavu pojištěného, jehož zastupuji) v rozsahu, v jakém je povinen poskytnout je pacientovi. Oprávněn je v souladu s § 51 odst. 2 písm. b) zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování.

Souhlasím, aby pojistitel:
 • zpracovával mé citlivé osobní údaje o zdravotním stavu pojištěného (resp. údaje týkající se pojištěného, jehož zastupuji), a to za účelem likvidace této pojistné události. Tento souhlas může pojištěný kdykoliv odvolat, ale v takovém případě pojistitel nebude schopen dokončit šetření pojistné

události. Beru na vědomí, že pojistitel zpracovává osobní údaje moje a osoby, jejímž jsem zástupcem, v rámci pojišťovací činnosti a dalších činností, ke kterým je pojistitel v souladu s právními předpisy povinen či oprávněn, a to v rozsahu a po dobu nezbytnou k zajištění práv a povinností z pojištění.

• vyžadoval dokumentaci nezbytnou ke stanovení rozsahu pojistného plnění i od zaměstnavatele, správy sociálního zabezpečení, policie, soudu apod., a zavazuje se tuto dokumentaci pro pojistitele v případě potřeby zajistit.
 • zpracovával mé osobní údaje (resp. údaje týkající se pojištěného, jehož zastupuji) a předával je členům pojišťovací skupiny Vienna Insurance Group a Finanční skupiny České spořitelny, a.s., včetně kontaktů pro elektronickou komunikaci, za účelem zaslání svých obchodních a reklamních sdělení a nabídky služeb. Souhlas mohu kdykoliv odvolat.
 • zaslal sdělení týkající 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 zaslána sdělení obsahující osobní a citlivé údaje.

Vyberte jednu z variant

! K hlášení přikládám kopie veškerých lékařských zpráv z průběhu léčby úrazu (pojistné plnění bude vyplaceno pouze v rozsahu doložené zdravotní dokumentace).

! Předávám lékařům na vlastní náklady k vyplnění následující část hlášení pojistné události (lékařskou zprávu) a přikládám kopie lékařských zpráv.

PODPIS OSOBY, KTERÁ UPLATŇUJE NÁROK NA POJISTNÉ PLNĚNÍ

V

DNE

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 %o alkoholu %o

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

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 korespondenční 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
 Fyzické osoby (zmocněnce)
 Jiné
- ! Doloží identifikační údaje zastoupeného - např. rodný list zastoupeného dítěte.
! Doloží ověřenou kopii plné moci s úředně ověřeným podpisem zmocnitelce.
! Doloží kopii dokumentu, který opravňuje uplatnit nárok na pojistné plnění.

ÚDAJE O IDENTIFIKOVANÉ OSOBĚ

JMÉNO _____ PŘÍJMENÍ _____ TITUL _____

RODNÉ ČÍSLO _____ Místo narození _____ Pohlaví žena muž

Typ pobytu (vyberte jednu z variant) Trvalý / Jiný ▶ Pokud jiný, uveďte typ pobytu _____ Státní občanství _____

Ulice _____ Č. P. _____ PSČ _____

Obec _____ Stát _____

Druh a číslo průkazu totožnosti _____ Doba platnosti DEN MĚSÍC ROK _____ Stát, případně orgán, který jej vydal _____

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

JMÉNO _____ PŘÍJMENÍ _____ TITUL _____

RODNÉ ČÍSLO _____

IDENTIFIKACI PŘEVĚDL/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 _____

Číslo pobočky _____ User name _____

! 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.

PODPIS OSOBY, KTERÁ PŘEVĚDLA IDENTIFIKACI

Datum zaznamenání a ověření DEN MĚSÍC ROK _____
