

Oznámení pojistné události Hospitalizace

Záznamy pojistitele

Tento formulář nejprve vyplňte v částech 1 až 3 a přiložte k němu doklady nezbytné k posouzení nároku na pojistné plnění uvedené v části 3. Následně jej pošlete na adresu ČSOB Pojišťovny uvedené v záhlaví.

Část 1

Pojistná smlouva (čísla pojistných smluv pojištěného, ze kterých uplatňuje nárok na plnění)

č.	č.	č.
---------	---------	---------

Osobní údaje pojištěného

Jméno a příjmení	Rodné číslo	Zdravotní pojišťovna
Korespondenční adresa (název ulice, číslo popisné, obec)	PSČ	Telefon
E-mail	Stát místa narození, pokud je jiný než ČR	Stát trvalého pobytu, pokud je jiný než ČR

Osobní údaje oznamovatele zplnomocněné osoby (je-li odlišná od pojištěného), zákonného zástupce nezletilého pojištěného

Jméno a příjmení	Rodné číslo
Korespondenční adresa (název ulice, číslo popisné, obec)	PSČ Telefon
E-mail	Stát trvalého pobytu, pokud je jiný než ČR

Výplata pojistného plnění

<input type="checkbox"/>	Plnění poukážete na účet	Číslo účtu	Kód banky	Specifický symbol	Variabilní symbol
<input type="checkbox"/>	Plnění poukážete na adresu	<input type="checkbox"/> Adresa totožná s adresou pojištěného	<input type="checkbox"/> Adresa odlišná od adresy pojištěného (ulice, č.p., obec, PSČ)		

Část 2

Údaje o hospitalizaci

Hospitalizace	<input type="checkbox"/> plánovaná	<input type="checkbox"/> neplánovaná (akutní)	Datum hospitalizace:	Od:	Do:
Nemoc	Uvedte o jakou nemoc, pokud je důvodem hospitalizace, se jedná:				
<input type="checkbox"/>	Jedná se o nemoc z povolání?	NE <input type="checkbox"/>	ANO <input type="checkbox"/>	Přiložte posudek.	
	Byl pojištěný pro stejnou příčinu nebo v příčinné souvislosti v minulosti hospitalizován?	NE <input type="checkbox"/>	ANO <input type="checkbox"/>	Pokud ANO, uveďte od kdy do kdy.	
Úraz	Došlo k úrazu při sportu? Druh sportu				
<input type="checkbox"/>	Pokud ANO, jednalo se o profesionální sport?	NE <input type="checkbox"/>	ANO <input type="checkbox"/>		
	Došlo k úrazu při výkonu povolání?	NE <input type="checkbox"/>	ANO <input type="checkbox"/>	Pokud ANO, doložte záznam o pracovním úrazu.	
	Vyšetřovala úraz policie?	NE <input type="checkbox"/>	ANO <input type="checkbox"/>	Pokud ANO, doložte konečné usnesení.	
	Kdy a kde k úrazu došlo?	Datum:	Čas:	Místo:	
	Popis úrazového děje:				
	Poraněná část těla:				

CSOBPO6L0000000



Byla poraněná část těla již před úrazem postižena?	NE <input type="checkbox"/>	ANO <input type="checkbox"/>	Pokud ANO, napište jak a kdy.
Došlo k úrazu pod vlivem alkoholu nebo jiných omamných látek?	NE <input type="checkbox"/>	ANO <input type="checkbox"/>	
Jméno a příjmení:	Adresa:	Telefon:	
Svědci přítomní úrazu:			
Těhotenství nebo porod <input type="checkbox"/> Předpokládané datum porodu:			
Jiná	Uveďte skutečnou příčinu hospitalizace		
<input type="checkbox"/>			
Byla v rámci hospitalizace provedena operace?	NE <input type="checkbox"/>	ANO <input type="checkbox"/>	
Pokud ANO, jednalo se o neplánovanou (akutní) <input type="checkbox"/> nebo plánovanou <input type="checkbox"/> operaci?			
Byl pojištěný hospitalizován na anesteziologicko-resuscitačním oddělení (ARO)?	NE <input type="checkbox"/>	ANO <input type="checkbox"/>	
Byl pojištěný hospitalizován na jednotce intenzivní péče?	NE <input type="checkbox"/>	ANO <input type="checkbox"/>	
Uveďte jméno a adresu lékaře nebo zařízení, které o hospitalizaci rozhodlo (doporučilo):			Dne:

Část 3 Seznam dokladů nezbytných k posouzení nároku na plnění z pojištění

Příloženo	ANO	NE	Název dokladu
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ověřenou kopii lékařské propouštěcí zprávy o průběhu léčení (hospitalizace).
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ověřenou kopii průběžné lékařské zprávy o dosavadním průběhu léčení (hospitalizace) - pouze pokud pojištěný nárokuje zálohu.
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Kopie usnesení policie, pokud byl úrazový děj vyšetřován (dopravní nehody a jiná protiprávní jednání).
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Kopie záznamu o pracovním úrazu, pokud se jednalo o pracovní úraz
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Plná moc v případě, že za pojištěného uplatňuje nárok na pojistné plnění 3. osoba

Ověřenou kopii se rozumí ověření s originálem pojišťovacím zprostředkovatelem nebo zaměstnancem finanční skupiny ČSOB, nebo notářem. O ověření učiní dotčená osoba záznam na kopii dokumentu.

Uplatnil pojištěný nárok na pojistné plnění ze stejného důvodu i u jiného pojistitele?	NE <input type="checkbox"/>	ANO <input type="checkbox"/>	Pokud ANO, uveďte název pojistitele.
--	-----------------------------	------------------------------	--------------------------------------

Prohlášení

Pojištěného:
 Prohlašuji, že všechny mé odpovědi na písemně položené dotazy pojistitele uvedené v tomto tiskopisu jsou pravdivé a úplné a jsem si vědom důsledků nepravdivých odpovědí na povinnost pojistitele plnit. V souladu se zákonem č. 101/2000 Sb., o ochraně osobních údajů (dále jen „zákon“), souhlasím, aby mé osobní údaje, včetně údajů o mém zdravotním stavu, byly pojistitelem zpracovávány v rámci činnosti v pojišťovnictví a činnosti související s pojišťovací činností podle zákona č. 277/2009 Sb., o pojišťovnictví, a to po dobu nezbytně nutnou k zajištění práv a povinností plynoucích ze závazkového vztahu. Ve smyslu zákona č. 133/2000 Sb., o evidenci obyvatel a o rodných číslech, souhlasím s tím, aby ve stejném rozsahu, za stejným účelem a po stejnou dobu jako ostatní osobní údaje bylo využíváno rodné číslo, jehož jsem nositelem. Prohlašuji, že jsem byl v souladu se zákonem řádně informován o zpracování mých osobních údajů, svých právech a povinnostech zpracovatelů údajů. Veškeré poskytnuté údaje bude zpracovávat pojistitel nebo zpracovatel registrovaný v souladu s § 16 zákona Úřadem pro ochranu osobních údajů. Dále zmocňuji pojistitele, aby si pro potřebu šetření pojistné události vyžadoval veškeré informace a potřebnou zdravotní dokumentaci o mém zdravotním stavu a zavazuji se tuto zdravotní dokumentaci v případě potřeby pro pojistitele zajistit. Zároveň žádám a opravňuji tímto všechny dotazované ošetřující lékaře o uvedení přesné diagnózy. Na důkaz svého souhlasu s výše uvedením zmocněním připojuji k tomuto prohlášení svůj podpis. Tímto zároveň lékaře, ústavy a zdravotnická zařízení, které pojistitel o uvedené informace požádá, zprošťuji od povinnosti zachovávat mlčenlivost.

Oznamovatele nebo zplnomocněné osoby:
 Prohlašuji, že všechny mé odpovědi na písemně položené dotazy pojistitele uvedené v tomto tiskopise jsou pravdivé a úplné. V souladu se zákonem č. 101/2000 Sb., výslovně souhlasím, aby mé osobní údaje byly pojistitelem zpracovány v rámci činnosti v pojišťovnictví a činnosti související s pojišťovací činností podle zákona č. 277/2009 Sb., a to po dobu nezbytně nutnou k zajištění všech práv a povinností plynoucích ze závazkového vztahu. Ve smyslu zákona č. 133/2000 Sb., o evidenci obyvatel a o rodných číslech, souhlasím s tím, aby ve stejném rozsahu, za stejným účelem a po stejnou dobu jako ostatní osobní údaje bylo využíváno rodné číslo, jehož jsem nositelem. Prohlašuji, že jsem byl v souladu se zákonem řádně informován o zpracování mých osobních údajů, o svých právech a o povinnostech zpracovatelů údajů. Veškeré poskytnuté údaje bude zpracovávat pojistitel nebo zpracovatel registrovaný v souladu s ust. § 16 zákona Úřadem pro ochranu osobních údajů. Na důkaz svého souhlasu s výše uvedením připojuji k tomuto prohlášení svůj podpis.
 Zplnomocněná osoba zároveň prohlašuje, že v souladu s plnou mocí, kterou jí pojištěný udělil, je oprávněna jeho jménem žádat ošetřující lékaře o poskytnutí údajů o jeho zdravotním stavu a léčení včetně potřebné zdravotní dokumentace. Zároveň přikládá originál či ověřenou kopii udělené plné moci.

V dne

.....
 Podpis pojištěného

.....
 Podpis oznamovatele, zplnomocněné osoby
 (předkládá-li tiskopis)