



Z1024

Hlášení pojistné události – úraz (plnění za dobu léčeni úrazu a/nebo plnění za dobu léčeni úrazu v pracovní neschopnosti a/nebo hospitalizaci)

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.** Nestáčí-li Vám místo ve formuláři, pokračujte dále na samostatném listu papíru. Třetí část formuláře předložte k vyplnění svému ošetřujícímu lékaři, nebo sami vyplňte označené oddíly Potvrzení hospitalizace a Potvrzení doby léčeni. Poplatek za vyplnění formuláře lékařem hraří 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: Vždy je nutné současně s hlášením pojistné události doložit kopie veškeré zdravotnické dokumentace z průběhu léčeni, včetně kopie lékařské zprávy o prvním ošetření. 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 postižené. V případě pojistné události v rámci připojištění úrazu k pracovní neschopnosti (plnění za dobu léčeni úrazu v pracovní neschopnosti) je třeba doložit doklady o čerpání pracovní neschopnosti, které jsou specifikovány v části formuláře týkající se povolání v době vzniku pojistné události.

ČÁST 1. – POJIŠŤENÝ

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 _____ Jste levák? _____

Příjmení, jméno, adresa a telefon praktického lékaře, u kterého je kompletní zdravotní dokumentace pojištěného _____

K úrazu došlo dne _____ v hod. _____ místo _____

Podrobný popis způsobu vzniku úrazu _____

(při jaké činnosti/sportu, za jakých okolností a z jakého důvodu úraz nastal)

Byl/a jste z důvodu léčeni úrazu v pracovní neschopnosti, nebo jste OSVČ a splňujete podmínky v oddílu ANO NE

Povolání v bodě b) tohoto formuláře?

Poraněná část těla _____ Popis poranění _____

Kde a kdy bylo poskytnuto první lékařské ošetření (adresa, telefon) _____

Kde probíhalo další léčeni _____

Byla tato část těla poraněna již před úrazem (úraz, nemoc, trvalé následky)? _____ Pokud ano, uveďte rozsah _____

Byl/a jste v období do doby úrazu aktivním sportovcem? _____ Pro jaký druh sportů a na jaké úrovni _____

Vyšetřovala okolnosti úrazu policie? _____ Pokud ano, **přiložte kopie policejních protokolů.**

Byla příčinou úrazu dopravní nehoda? _____ Řídil pojištěný? _____

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 s datem návratu do zaměstnání

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 pojištěný nezletilý, je oprávněnou osobou v případě produktů typu 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 poukažte **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 kterémkoliv pobočce České spořitelny, a.s.

Poštovní poukázkou typu B na výše uvedenou adresu příjemce plnění v ČR

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.
 Zmocňuji pojistitele, aby zjišťoval či ověřoval 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 pojistiteli mlčenlivosti ve stejném rozsahu, v jakém je pojistitel oprávněn požadovat informace či dokumenty podle předchozího odstavce a dále podle toho, v jakém je pojistitel 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 pojistitel vyžádal dokumentaci nezbytnou ke stanovení rozsahu pojistného plnění i od zaměstnavatele, správy sociálního zabezpečení, policie, soudu apod., a zavazují se tuto dokumentaci pro pojistitele v případě potřeby zajistit.
 Souhlasím, aby pojistitel předával mé osobní údaje (resp. tytéž údaje, týkající se nezletilého pojištěného, jehož jsem zákonným zástupcem) členům pojišťovací skupiny Vienna Insurance Group a Finanční skupiny České spořitelny, a.s., a dále souhlasím, aby používali mé osobní údaje, včetně kontaktů pro elektronickou komunikaci, za účelem zasilání svých obchodních a reklamních sdělení a nabídky služeb.
 Souhlasím s tím, aby mne v případě setření této pojistné události pojistitel 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 _____ / _____

vyplněna lékařem 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 formuláře lékařem hradí klient na vlastní náklady. Pokud bude k tomuto hlášení pojistné události přiložen kompletně vyplněný a potvrzený tiskopis „Zpráva ošetřujícího lékaře“, není třeba vyplňovat tuto část 3. – Lékařská zpráva.

vyplněna klientem Klient vyplní v části 3 pouze výrazně označené oddíly (Potvrzení hospitalizace a Potvrzení doby léčeni) a doloží – vzestupně seřazené a očíslované – veškeré kopie lékařských zpráv z průběhu léčeni (viz požadované doklady v záhlaví tohoto formuláře). Klient bere na vědomí, že pojistné plnění bude vyplaceno pouze v rozsahu doložených zdravotní dokumentace.

Datum úrazu _____ **Přiložte kopie záznamu z prvního lékařského ošetření úrazu a kopie záznamů z průběhu léčby.**

Příčina úrazu _____
 (popis mechanismu vzniku úrazu)

Byl poškozený v době úrazu pod vlivem alkoholu či jiných návykových látek? _____ Uvedte příznaky, ‰ alkoholu _____

Byl příčinou úrazu pokus o sebevraždu nebo sebepoškození? _____

Uvedte diagnózy dle MKN10 s dobou léčeni (od – do) a popis poranění, v případě více diagnóz uveďte dobu léčeni a popis i u jednotlivých diagnóz (u zubů číselně označení poraněného zubu a zda došlo ke ztrátě či ohrožení vitality zubní dřeni). Případně přiložte kopie příslušné lékařské dokumentace.

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

Objektivní příznaky poranění zjištěné při prvním ošetření (např. otok, hematom apod.) _____

RTG, MRI, CT, SONO (datum, popis) _____

Způsob léčeni (popište i případné další komplikace při léčeni – např. hnisání apod. – a uveďte dobu jejich trvání od – do) _____

Výpis všech evidovaných úrazů a onemocnění nyní postižené části těla, nebo prohlášení, že se jedná o první trauma (onemocnění)

Doložte kopie odborných zpráv.

popis poranění (onemocnění)	dg. dle MKN10	měsíc a rok kdy nastalo

Potvrzení hospitalizace (doložte kopiemi propouštěcích zpráv)

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

Potvrzení doby léčeni

Doba léčeni úrazu od _____ do _____ z toho v pracovní neschopnosti* od _____ do _____

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

Nezbytné jsou především informace týkající se daného úrazu (záznam o prvním ošetření, 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.

Pokud byla část 3. – Lékařská zpráva vyplněna lékařem, lékař svým podpisem 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.

Vyplňte prosím část 4.

V _____ dne _____ Razítko a podpis lékaře _____

ČÁST 4. – DOPLNĚNÍ LÉKAŘSKÉ ZPRÁVY PRO SPECIFICKÁ PORANĚNÍ

POPÁLENÍ/OPAŘENÍ:

stupeň popáleniny _____

rozsah v cm² pro jednotlivé stupně popálení _____

ÚRAZY ZUBŮ:

číselné označení poraněných zubů _____

byl/y zub/y před úrazem vitální NE číselné označení nevitálních zubů _____ ANO

úrazem došlo ke ztrátě vitality NE ANO u kolika zubů _____

úrazem došlo k ohrožení vitality zásahem linie lomu do zubní dřevě NE ANO u kolika zubů _____

ŘEZNÉ RÁNY:

revize rány NE ANO

excise okrajů rány NE ANO

sutura rány NE ANO druh stehu _____ datum stehy ex _____

hluboká rána do podkoží NE ANO

POHMOŽDĚNÍ:

fixace NE ANO druh fixace _____

ÚRAZ KOLENE, KOTNÍKU, RAMENE, PÁTEŘE:

jde o opakování stejného nebo obdobného úrazu z minulosti NE ANO

jde o následky úrazu/onemocnění z minulosti NE ANO

kdy k předchozímu úrazu/onemocnění došlo _____

REHABILITACE

Doba trvání od _____ do _____ Frekvence návštěv _____

Zvolená terapie _____

ČÁST 5. – IDENTIFIKACE PŘÍJEMCE PLNĚNÍ (viz str. 4)

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, 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.

ČÁST 6. – 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.

Formulář k provedení identifikace a kontroly fyzické osoby

Provedení identifikace pro účely zákona č. 253/2008 Sb., o některých opatřeních proti legalizaci výnosů z trestné činnosti a financování terorismu
Číslo všech pojistných smluv pojištěného u Pojišťovny České spořitelny, a.s., Vienna Insurance Group

--	--	--

Údaje A.–D. musí být vyplněny shodně s hlášením pojistné události.

A. Příjmení a jméno osoby, které se stala pojistná událost	
B. Rodné číslo	

<input type="checkbox"/> Identifikace fyzické osoby, která uplatňuje nárok na pojistné plnění	<input type="checkbox"/> Identifikace zákonného zástupce Pozn. V případě, že se jedná o zákonného zástupce , doloží zákonný zástupce identifikační údaje zastoupeného (např. občanský průkaz se zápisem zastoupeného).	<input type="checkbox"/> 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 (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 _____
(vyplňte hůlkovým písmem)

Identifikace partnera (HR)

Identifikace poradce

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.