



Hlášení pojistné události – velmi vážné onemocnění

Z1027

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.** Nestačí-li Vám místo ve formuláři, pokračujte dále na samostatném listu papíru. Třetí část formuláře předložte k vyplnění svému ošetřujícímu lékaři. Poplatek za vyplnění formuláře lékařem hradí 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 poraďte se svým pojistným poradcem.

Požadované doklady: Nezbytnou přílohou této lékařské zprávy jsou kopie zdravotní dokumentace, týkající se příznaků, vyšetření a nálezů na jejichž základě byla diagnóza stanovena. Nezbytnou přílohou jsou rovněž kopie zdravotní dokumentace, týkající se předchozích příznaků, které byly v příčinné souvislosti s tímto onemocněním.

ČÁST 1. – POJIŠTĚNÝ

Čísla 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 _____

Kdy jste pocítil(a) první příznaky onemocnění (měsíc, rok) _____ popište o jaké příznaky šlo _____

Kde je v současné době vedena (uložena) zdravotnická dokumentace týkající se Vašeho VVO, uveďte název a adresu zdravotnického zařízení a jméno lékaře _____

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. Jestliže před výplatou pojistného plnění pojištěný zemře, jsou oprávněnou osobou jeho dědici. V 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 dědic ostatní osoby - uveďte: _____

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

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, porízení 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 pojištěný 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 pojištěný vyžádal dokumentaci nezbytnou ke stanovení rozsahu pojistného plnění i od zaměstnavatele, správy sociálního zabezpečení, policie, soudu apod., a zavazují se tuto dokumentaci pro pojištěného v případě potřeby zajistit.

Souhlasím, aby pojištěný 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 zaslání svých obchodních a reklamních sdělení a nabídky služeb.

Souhlasím s tím, aby mne v případě šetření této pojistné události pojištěný 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 prosím přesnou diagnózu daného onemocnění dle MKN10 a popis _____

Kdy byla diagnóza poprvé stanovena (datum) _____

Přiložte kopie propouštěcích zpráv a kopie nálezů potvrzujících stanovení diagnózy příslušným klinickým pracovištěm.

U operačního řešení uveďte datum operace a adresu pracoviště, které operaci provedlo _____

Kdy se objevily první obtíže evidované ve zdravotní dokumentaci klienta (měsíc, rok), které byly v příčinné souvislosti s tímto onemocněním a o jaké příznaky se jednalo (popište chronologicky) a přiložte kopie příslušné lékařské dokumentace _____

Datum indikace k případnému operačnímu řešení _____

Byl pojištěný informován o uvedeném onemocnění _____ pokud ano, uveďte kdy (datum) _____

Jaký je současný zdravotní stav pojištěného _____

Nezbytnou přílohou této lékařské zprávy jsou kopie zdravotní dokumentace, týkající se příznaků, vyšetření a nálezů, na jejichž základě byla diagnóza stanovena vč. propouštěcích zpráv.

Nezbytnou přílohou jsou rovněž kopie zdravotní dokumentace, týkající se předchozích příznaků, které byly v příčinné souvislosti s tímto onemocněním.

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. – 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.

ČÁST 5. – 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

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.