



# HLÁŠENÍ POJISTNÉ UDÁLOSTI (PŘI)POJIŠTĚNÍ TRVALÝCH NÁSLEDKŮ ÚRAZU

doručeno dne:

**Z0028**

**Poučení:** Ke každému úrazu vyplňte pouze jedno hlášení pojistné události. Ve vlastním zájmu vyplňte kompletně první a druhou část formuláře vč. podpisu na jejím konci, nestačí-li místo ve formuláři, pokračujte na samostatném listu papíru. Druhous část formuláře předložte k vyplnění ošetřujícímu lékaři. Poplatek za vyplnění lékařem uhradí klient na vlastní náklady. **Bez kompletního vyplnění celého formuláře a doložení dále popsaných, požadovaných dokladů nelze pojistnou událost vyřídít ani pokračovat v jejím šetření, čímž se podstatně prodlouží celková doba likvidace Vaší pojistné události.**

**Požadované doklady:** 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.

## ČÁST 1. – POJIŠTĚNÝ

Číslo všech pojistných smluv pojištěného u Pojišťovny České spořitelny, a.s.	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Příjmení, jméno, titul _____	rodné číslo _____ / _____		
<small>(pojištěné osoby, které se stala pojistná událost)</small>			
Adresa _____	PSČ _____		
Telefon domů _____	do zaměstnání _____	mobilní _____	
e-mail _____	Jste levák? _____		
Příjmení, jméno a adresa, telefon praktického lékaře, u kterého je kompletní zdravotní dokumentace pojištěného _____			
K úrazu došlo dne _____ v hod. _____ místo _____			
Podrobný popis způsobu vzniku úrazu _____ <small>(při jaké činnosti / sportu, za jakých okolností a z jakého důvodu úraz nastal)</small>			
Poraněná část těla _____ byla tato část těla postižena již před úrazem? _____			
Popis poranění _____			
Kde a kdy bylo poskytnuto první lékařské ošetření (adresa, telefon) _____			
Kde probíhalo další léčení _____			
Povolání v době vzniku pojistné události _____			
Byl jste v období do doby úrazu aktivním sportovcem? _____ pro jaký druh sportů _____			
Vyšetřovala okolnosti úrazu policie? _____ pokud ano přiložte kopie policejních protokolů (není nutné v případě, že byla kopie přiložena již při hlášení vlastního úrazu)			
Byla příčinou úrazu dopravní nehoda? _____ řídil pojištěný? _____			

## ČÁST 2. – OSOBA, KTERÁ UPLATŇUJE 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 Flexibilních životních pojištění uzavřených před 1.1.2005 pojistník. Ve všech ostatních případech nezletilého pojištěného je oprávněnou osobou zákonný zástupce.**

Výplatu pojistného plnění poukažte **oprávněné osobě:** příjmení, jméno \_\_\_\_\_

telefon \_\_\_\_\_ rodné číslo \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

adresa \_\_\_\_\_

vztah k pojištěnému, na jehož základě uplatňujete pojistné plnění (např. pojištěný, zákonný zástupce, pojistník, dědic...) \_\_\_\_\_

zaškrtněte Vaši volbu:  na účet č.<sup>1)</sup> \_\_\_\_\_ nebo  na výše uvedenou adresu

<sup>1)</sup> V případě požadavku poukázání pojistného plnění na účet je nutné ověření podpisu uvedeného v závěru této části formuláře. Podpis může ověřit pracovník Pojišťovny České spořitelny, a.s., pracovník České spořitelny, a.s. nebo notář, matrika....

**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. Souhlasím, aby Pojišťovna České spořitelny, a.s. dále zjišťovala pro potřebu šetření můj zdravotní stav a příslušnou zdravotní dokumentaci (resp. tytéž údaje, týkající se nezletilého pojištěného, jehož jsem zákonným zástupcem) u příslušných lékařů a žádala tyto lékaře o porizování výpisů či opisů z mé zdravotní dokumentace a zavazují se tuto zdravotní dokumentaci pro pojistitele v případě potřeby zajistit. Zároveň v souladu s § 55 odst. 2 písm. d) zákona č. 20/1966 Sb., o péči o zdraví lidu ve znění pozdějších předpisů opravňuji příslušného lékaře, aby pojistiteli poskytl požadované informace

tak, jak je povinen je poskytnout pacientovi podle §67b odst. 12 uvedeného zákona a proto zprošťuji dotazované lékaře povinnosti mlčenlivosti. Souhlasím, aby si pojistitel vyžádal dokumentaci nezbytnou ke stanovení rozsahu pojistného plnění i od zaměstnavatele, Správy sociálního zabezpečení, Policie, soudu a pod. a zavazují se tuto dokumentaci pro pojistitele v případě potřeby zajistit.

Souhlasím s tím, aby Pojišťovna České spořitelny, a.s. zpracovávala ve smyslu zákona č. 101/2000 Sb., o ochraně osobních údajů, ve znění pozdějších předpisů (dále jen „zákon“), mé osobní údaje a citlivé údaje o zdravotním stavu, resp. tytéž údaje, týkající se nezletilého pojištěného, jehož jsem zákonným zástupcem, (dále jen „osobní údaje“) v rámci činnosti pojišťovnictví a činnosti související s pojišťovací a zajišťovací činností podle ustanovení § 1 a § 2 zákona č. 363/1999 Sb., o pojišťovnictví, ve znění pozdějších předpisů, a to po dobu nezbytně nutnou k zajištění práv a povinností plynoucích z tohoto smluvního vztahu. Dále souhlasím s tím, aby mé osobní údaje (resp. tytéž údaje týkající se nezletilého pojištěného jehož jsem zákonným zástupcem) byly poskytnuty i ostatním subjektům podnikajícím v oblasti pojišťovnictví, bankovníctví a jiných peněžních služeb k marketingovým účelům a poskytování služeb v rámci finanční skupiny České spořitelny, a.s.; případně asociacím těchto subjektů. Ve smyslu ustanovení § 27 zákona souhlasím s předáváním mých osobních údajů do jiných států. Poskytnuté údaje bude zpracovávat Pojišťovna České spořitelny, a.s., nebo pověřený zpracovatel v souladu s ustanoveními zákona. Prohlašuji, že jsem byl/a ve smyslu ustanovení § 11 zákona řádně informován/a o zpracování mých osobních údajů, svých právech a povinnostech zpracovatelů údajů.

Oprávněná osoba uvedená a podepsaná v této (druhé) části formuláře prohlašuje, že je v souladu s uzavřenou pojistnou smlouvou, zákonem č. 37/2004 Sb., o pojistné smlouvě a dalších právních předpisů, oprávněnou osobou pro přijetí pojistného plnění.

V \_\_\_\_\_ dne \_\_\_\_\_ příjmení, jméno, telefon \_\_\_\_\_

podpis oprávněné osoby \_\_\_\_\_

Podpis ověřil za Pojišťovnu České spořitelny, a.s., nebo za Českou spořitelnu, a.s., jiná instituce \_\_\_\_\_

příjmení \_\_\_\_\_ jméno \_\_\_\_\_ osobní číslo \_\_\_\_\_

datum \_\_\_\_\_ podpis \_\_\_\_\_

### ČÁST 3. – LÉKAŘSKÁ ZPRÁVA O ÚRAZU

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 požadované dokumentace. Nestačí-li místo ve formuláři, pokračujte na samostatném listu papíru.

Poplatek za vyplnění hradí klient na vlastní náklady.

Datum úrazu \_\_\_\_\_ Uveďte diagnózu dle MKN10 a popis úrazu \_\_\_\_\_

datum léčení od \_\_\_\_\_ do \_\_\_\_\_

Jaké trvalé následky úraz zanechal? (popis objektivních příznaků a zejména poruchy funkce), pokud možno přiložte kopie příslušné lékařské dokumentace

Dle mně dostupných informací prohlašuji, že se JEDNÁ – NEJEDNÁ (*nehodící se škrtněte*) o **první** úraz postižené části těla.

Pokud se nejedná o první úraz, uveďte předchozí úrazy s datem vzniku a případně přiložte kopie příslušné lékařské dokumentace

Dle mně dostupných informací prohlašuji, že na celkový rozsah trvalých následků MĚLY – NEMĚLY (*nehodící se škrtněte*) vliv chorobné změny či předchozí úrazy (i takové, které s předmětným úrazem přímo nesouvisí)

Pokud měly, uveďte jednotlivá onemocnění či úrazy s datem výskytu a způsobem léčení a případně přiložte kopie příslušné lékařské dokumentace

Dle mně dostupných informací prohlašuji, že funkce postižených částí těla BYLA - NEBYLA (*nehodící se škrtněte*) omezena již před úrazem. Pokud byla omezena již před úrazem, uveďte v jakém rozsahu a případně přiložte kopie příslušné lékařské dokumentace \_\_\_\_\_

Je skončeno léčení a dnešní stav je neměnný? \_\_\_\_\_

Pokud ne uveďte další plánované nebo pacientovi navrhované výkony (extrakce kovu, plastika, RHB....) \_\_\_\_\_

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 hospitalizace přiložte prosím propouštěcí zprávu.

Lékař potvrzuje, že ošetřoval pojištěného, který je uveden v první části tohoto formuláře a podle § 24 odst. 1 písm. b a § 50 odst. 1 zákona č. 37/2004 Sb. o pojistné smlouvě, ve znění pozdějších předpisů uvedl, veškeré jemu dostupné informace, týkající se předmětného úrazu.

V \_\_\_\_\_ dne \_\_\_\_\_ Razítko a podpis lékaře \_\_\_\_\_