



0000000000Z0039

doručeno dne:

## Hlášení pojistné události

**Z0039**

- invalidita (vč. připojištění k invaliditě, zproštění od placení nebo výplaty renty) <sup>1)</sup>
- dlouhodobá péče ve stupni závislosti II a vyšším <sup>1)</sup>

<sup>1)</sup> označte křížkem zvolenou variantu

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 Vašemu ošetřujícímu lékaři. Poplatek za vyplnění formuláře lékařem hradí klient.

**Kompletním vyplněním celého formuláře a doložením dále popsanych a požadovaných dokladů přispějete k hladké likvidaci Vaší pojistné události.**

**V případě jakýchkoliv problémů s vyplněním hlášení se poradte s Vaším pojistným poradcem.**

### Požadované doklady:

#### v případě invalidity a v případě zproštění od placení nebo výplaty renty

- kopie dokumentu „Záznam jednání o posouzení zdravotního stavu“, nebo „Posudek o invaliditě“ od Okresní správy sociálního zabezpečení s uvedením diagnózy, pro kterou byl klient uznán invalidním, a s uvedením další kontrolní lékařské prohlídky (KLP). Tento dokument bývá založen u ošetřujícího lékaře.

#### v případě dlouhodobé péče ve stupni závislosti II a vyšším

- kopie rozhodnutí o přiznání příspěvku na dlouhodobou péči z důvodu přiznání stupně závislosti II a vyššího

## ČÁST 1. – POJIŠTĚNÍ

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 vč. kontaktního telefonu \_\_\_\_\_ PSČ \_\_\_\_\_

Příjmení, jméno, adresa a telefon praktického lékaře, u kterého je vedena kompletní zdravotní dokumentace pojištěného \_\_\_\_\_

Datum pojistné události (datum přiznání invalidity nebo datum přiznání příspěvku na dlouhodobou péči) \_\_\_\_\_

## 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 – oprávněnou osobou je pojištěný.

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

telefon \_\_\_\_\_ **D.** rodné číslo \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

adresa \_\_\_\_\_

zaškrtněte Vaši volbu pro výplatu plnění:

**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. Souhlasím, aby Pojišťovna České spořitelny, a.s., Vienna Insurance Group dále zjišťovala pro potřebu šetření můj zdravotní stav a příslušnou zdravotní dokumentaci (resp. tytéž údaje, týkající se zesnulého) u příslušných lékařů a žádala tyto lékaře o porizení výpisů či opisů z mé zdravotní dokumentace, a zavazuji 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 pojištění 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 apod., a zavazuji se tuto dokumentaci pro pojistitele v případě potřeby zajistit.

Souhlasím s tím, aby Pojišťovna České spořitelny, a.s., Vienna Insurance Group 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 zesnulého, (dále jen „osobní údaje“) v rámci činnosti pojišťovnictví a činnosti související s pojišťovací a zajišťovací činností podle ustanovení § 1 a § 3 zákona č. 277/2009 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 činností k poskytování služeb v rámci Finanční skupiny České spořitelny, a.s., a pojišťovací skupiny Vienna Insurance Group; 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., Vienna Insurance Group 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, mých právech a povinnostech zpracovatelů údajů.

Souhlasím s tím, aby Pojišťovna České spořitelny, a.s., Vienna Insurance Group zpracovávala informace získané ve smyslu zákona č. 253/2008 Sb., o některých opatřeních proti legalizaci výnosů z trestné činnosti a financování terorismu (dále jen „zákon“), které jsou k provedení identifikace nezbytné, včetně předložení příslušných dokladů. Dále souhlasím s tím, že pojistitel může pro účely provedení identifikace a její kontroly dle zákona pořizovat kopie nebo výpisy z předložených dokladů.

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 \_\_\_\_\_

## 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.

<b>A.</b> Příjmení a jméno osoby, které se stala pojistná událost	
<b>B.</b> Rodné číslo	

<input type="checkbox"/> <b>Identifikace fyzické osoby, která uplatňuje nárok na pojistné plnění</b>	<input type="checkbox"/> <b>Identifikace zákonného zástupce</b> Pozn. V případě, že se jedná o <b>zákonného zástupce</b> , doloží zákonný zástupce identifikační údaje zastoupeného (např. občanský průkaz se zápisem zastoupeného).	<input type="checkbox"/> <b>Identifikace fyzické osoby zmocněnce</b> Pozn. V případě zastoupení na základě plné moci (zmocněnec) se k tomuto identifikačnímu listu <b>přiloží originál plné moci</b> udělený pojistníkem zmocněnci s úředně ověřeným podpisem.
<b>C.</b> Příjmení a jméno (případně všechna příjmení a jména)		
<b>D.</b> 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.

### 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 požadované dokumentace. Nestačí-li místo ve formuláři, pokračujte na samostatném listu papíru. Poplatek za vyplnění hradí klient na vlastní náklady.

Uveďte prosím přesnou diagnózu (v případě souběhu všechny diagnózy) daného onemocnění / úrazu které/ý byl/o příčinou pojistné události (dle MKN10, popis a dobu léčení od – do) \_\_\_\_\_

Uveďte, o jakou invaliditu se jedná (1., 2 nebo 3. stupeň; plná nebo částečná invalidita): \_\_\_\_\_

V případě, že příčinou pojistné události byla nemoc, uveďte:

Kdy byla diagnóza poprvé stanovena (datum) \_\_\_\_\_

Na základě jakých příznaků, vyšetření a nálezů, a přiložte kopie příslušné lékařské dokumentace \_\_\_\_\_

Kdy se objevily první příznaky, které byly v příčinné souvislosti s tímto onemocněním, a o jaké příznaky se jednalo (popište chronologicky a přiložte kopie příslušné lékařské dokumentace) \_\_\_\_\_

Byl pojištěný informován o uvedeném onemocnění? \_\_\_\_\_ Pokud ano, uveďte kdy (datum) \_\_\_\_\_

**V případě, že příčinou pojistné události byl úraz, uveďte:**

Datum úrazu \_\_\_\_\_ Datum prvního lékařského ošetření úrazu \_\_\_\_\_

Příčina úrazu \_\_\_\_\_

Byl poškozený v době úrazu pod vlivem alkoholu či jiných návykových látek? \_\_\_\_\_ Uveďte příznaky, ‰ alkoholu \_\_\_\_\_

Byl příčinou úrazu pokus o sebevraždu nebo sebepoškození? \_\_\_\_\_

Uveďte výpisy 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)	dle MKN10	měsíc a rok, kdy nastalo
1.		
2.		
3.		
4.		
5.		

V případě, že klient již dříve pobíral invalidní důchod, uveďte prosím, od kdy a pro jakou diagnózu byl přiznán. Uveďte o jakou invaliditu/invalidní důchod se jednalo (1., 2. nebo 3. stupeň; plná nebo částečná invalidita): \_\_\_\_\_

**V případě onemocnění** jsou nezbytnou přílohou této lékařské zprávy kopie zdravotní dokumentace týkající se příznaků, vyšetření a nálezů, na jejichž základě byla diagnóza stanovena, a kopie zdravotní dokumentace týkající se předchozích příznaků, které byly v příčinné souvislosti s tímto onemocněním.

**V případě úrazu** kopie zdravotní dokumentace týkající se předchozích úrazů či onemocnění, která jsou v souvislosti s předmětným úrazem nebo která se týkají části těla úrazem postižené.

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 či onemocnění.

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

### ČÁST 4. – IDENTIFIKACE PŘÍJEMCE PLNĚNÍ

**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 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. 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.