



Hlášení pojistné události

Z1039

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

¹⁾ 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 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:

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. – POJIŠTĚNÝ

Číslo všech pojistných smluv pojištěného u Pojišťovny České spořitelny, a.s., Vienna Insurance Group		
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
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 _____		
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 _____ e-mail _____ **D.** rodné číslo _____ / _____

korespondenční 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
(za tento způsob výplaty je pojistitelem účtován poplatek dle platného přehledu poplatků a parametrů produktu)

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.
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 pojištěnému mičenlivosti ve stejném rozsahu, v jakém je pojištětel oprávněn požadovat informace či dokumenty podle předchozího odstavce a dále podle toho, v jakém je pojištětel 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 pojištětel vyžádal dokumentaci nezbytnou ke stanovení rozsahu pojistného plnění i od zaměstnavatele, správy sociálního zabezpečení, policie, soudu apod., a zavazují se tuto dokumentaci pro pojištětele v případě potřeby zajistit.
Souhlasím, aby pojištětel zpracovával ve smyslu zákona č. 101/2000 Sb., o ochraně osobních údajů, ve znění pozdějších předpisů, mé osobní údaje a citlivé údaje o zdravotním stavu (dále jen „osobní údaje“), v rámci činnosti v 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, a předával je členům pojišťovací skupiny Vienna Insurance Group a Finanční skupiny České spořitelny, a.s. (dále jen „spřízněné osoby“) a ostatním subjektům podnikajícím v oblasti pojišťovnictví, bankovníctví a jiných peněžních služeb (dále jen „ostatní subjekty“). Dále souhlasím, aby pojištětel, jeho spřízněné osoby a ostatní subjekty 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 šetření této pojistné události pojištětel 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. Nestací-li místo ve formuláři, pokračujte na samostatném listu papíru.

Poplatek za vyplnění hradí klient na vlastní náklady.

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

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

Byl příčinou úrazu pokus o sebevraždu nebo sebepoškození? _____

Uvedte 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 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.

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. až D. musí být vyplněny shodně s údaji v 1. a 2. části hlášení 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 _____  _____ Telefon _____ 
(vyplňte hůlkovým písmem)

Identifikace partnera (HR) _____  _____
Identifikace poradce _____ 

Aby identifikace byla platná, je nezbytně nutné vyplnit oba identifikační údaje.

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.