



Kooperativa pojišťovna, a.s., Vienna Insurance Group, Pobřežní 665/21, 186 00 Praha 8, Česká republika, IČO 47116617, zapsaná v obchodním rejstříku u Městského soudu v Praze, sp. zn. B 1897.

Hlášení pojistné události – Úrazové pojištění k Osobnímu účtu České spořitelny

Z3093

úraz s dobou léčení min. 15 dnů u osoby mladší 18 let

hospitalizace v délce alespoň 24 hodin z důvodu úrazu nebo nemoci

* pro nahlášení trvalých následků prosím použijte formulář Hlášení pojistné události – trvalé následky úrazu

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 dotazů se obraťte na informační linku 957 105 105 (ve všední dny od 8 do 18 hodin).

Požadované doklady: Je nutné doložit kopie veškeré zdravotnické dokumentace z průběhu léčení, 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. Nezbytnou přílohou jsou kopie zdravotnické dokumentace, týkající se daného úrazu či onemocnění (veškerá odborná vyšetření, propouštěcí zpráva atd.). Nezbytnou přílohou jsou rovněž kopie zdravotnické dokumentace, týkající se předchozích úrazů či onemocnění, která jsou v souvislosti s předmětným onemocněním nebo se týkají části těla, jíž se týká daný úraz či onemocnění.

Část 1. – Pojištěný

Číslo pojistné smlouvy pojištěného

5 9 9 9 9 9 9 0 0 0

Pojištěná osoba, které se stala pojistná událost

Jméno, příjmení, titul

Rodné číslo

Kontaktní adresa

Ulice

Č.p.

PSČ

Obec

Stát

Jste politicky exponovaná osoba (PEP)?

Ano Ne

* V případě, že jste politicky exponovanou osobou, je nutné vyplnit i formulář Identifikace a základní kontrola klienta – fyzické osoby (Z7110).

Jméno, příjmení, adresa a telefon praktického lékaře, u kterého je vedena kompletní zdravotnická dokumentace pojištěného

K úrazu/onemocnění došlo dne _____ v hod. _____ místo _____

Počátek pracovní neschopnosti _____ Konec pracovní neschopnosti _____

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

Kde probíhalo další léčení

Byla postižená část těla léčena / toto onemocnění léčeno již dříve?

V případě úrazu dále uveďte:

Poraněná část těla

Popis poranění

Podrobný popis způsobu vzniku úrazu (při jaké činnosti/sportu, za jakých okolností a z jakého důvodu úraz nastal)

Vyšetřovala okolnosti úrazu policie? ANO NE Pokud ano, **příložit kopie policejních protokolů.**Byla příčinou úrazu dopravní nehoda? ANO NE Řídil pojištěný? ANO NE **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 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).

Oprávněná osoba:

Jméno, příjmení, titul

RODNÉ ČÍSLO

MÍSTO, STÁT NAROZENÍ

POHLAVÍ žena muž

STÁTNÍ OBČANSTVÍ

E-MAIL

TELEFON

Kontaktní adresa

Ulice

Č.p.

PSČ

Obec

Stát

Vztah k pojištěnému, na jehož základě uplatňujete pojistné plnění

pojištěný

obmyšlený

ostatní osoby – uveďte:

Pokud nehlásíte pojistnou událost jako pojištěný, doložte kopii dokumentu, který vás opravňuje k hlášení pojistné události za pojištěného.

Jste politicky exponovaná osoba (PEP)?* ANO NE

* V případě, že jste politicky exponovanou osobou, je nutné vyplnit i formulář Identifikace a základní kontrola klienta – fyzické osoby (Z7110).

Výplata plnění **Na běžný účet klienta** – číslo účtu

V případě zvolení účtu v zahraničí je nutné přiložit formulář Příkaz k provedení platby (výplata na účet klienta do zahraničí).

 Na úvěrový účet – číslo účtu

V případě, že zvolíte variantu zaslání pojistného na úvěrový účet, si vás dovoluujeme upozornit, že může být výplata opožděna (zúčtování zpravidla probíhá 1x za měsíc).

Prohlašuji, že jsem na všechny dotazy odpověděl/a pravdivě a úplně. Jsem si vědom/a případných důsledků nesprávných odpovědí na povinnost pojišťovny poskytnout pojistné plnění i dalších právních následků.

Poskytuji souhlas s elektronickou komunikací (např. e-mail, SMS) týkající se šetření pojistné události. Ke komunikaci mohou být využity kontakty, které jsem uvedl/a v tomto hlášení pojistné události.

! Elektronická komunikace není zabezpečena a pojišťovna nemůže zaručit ochranu jejího obsahu před neoprávněným přístupem třetích stran.

Zmocňuji pojišťovnu a souhlasím, aby Česká spořitelna, a.s. k její žádosti za účelem likvidace pojistné události poskytla veškeré informace a údaje nutné k likvidaci této pojistné události. Rozumím se jimi např. údaje o výši zůstatku úvěru k datu pojistné události, výši měsíční splátky, včetně pojistného a poplatku za vedení úvěrového účtu, údaje o čerpání či doplacení úvěru, číslo účtu, na které má být zasláno pojistné plnění.

ZMOCNĚNÍ PODLE ZÁKONA O POSKYTOVÁNÍ ZDRAVOTNÍCH SLUŽEB

Udělují v souladu s § 2828 zákona č. 89/2012 Sb., občanského zákoníku, souhlas pojišťovně, aby zjišťovala či ověřovala můj zdravotní stav pro účely šetření pojistných událostí či výkonu jiných práv a povinností z pojištění, a to zejména formou dotazů u příslušných lékařů (poskytovatelů zdravotních služeb), žádostí o poskytnutí lékařských zpráv, porízení výpisů nebo opisů ze zdravotnické dokumentace, popř. z jiných zápisů, které se vztahují k mému zdravotnímu stavu; tento souhlas platí i po mé smrti a vztahuje se i na zjištění příčiny mé smrti. Dále opravňuji k poskytnutí těchto informací svého zaměstnavatele, správu sociálního zabezpečení, policii, soud apod.

Zprošťuji v souladu s § 51 odst. 2 písm. b) zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování, příslušného lékaře, resp. poskytovatele zdravotních služeb, ve vztahu k pojišťovně mlčenlivosti ve stejném rozsahu, v jakém je pojišťovna oprávněna požadovat informace či dokumenty podle předchozího odstavce, a dále podle toho, jak je povinen je poskytovat pacientovi podle § 31 a násl. citovaného zákona, a to i v případě, že jde o diagnózu, která se obvykle pacientům v plném rozsahu nesděluje.

ZPRACOVÁNÍ OSOBNÍCH ÚDAJŮ

V následující části jsou uvedeny základní informace o zpracování vašich osobních údajů. Tyto informace se na vás uplatní, pokud jste fyzickou osobou. Více informací, včetně možnosti podání námítky v případě zpracování na základě oprávněného zájmu, práva na přístup a dalších práv, naleznete v Informačním listu o ochraně osobních údajů pro rámcové pojistné smlouvy, který je trvale dostupný na webové stránce www.koop.cz v sekci „O pojišťovně Kooperativa“.

INFORMACE O ZPRACOVÁNÍ ÚDAJŮ O ZDRAVOTNÍM STAVU A GENETICKÝCH ÚDAJŮ

Berete na vědomí, že údaje o vašem zdravotním stavu a genetické údaje zpracovává pojišťovna na základě nezbytnosti pro **určení, výkon a obhajobu právních nároků**, a to pro účely **likvidace pojistné události, správy a ukončení pojištění, ochrany právních nároků pojišťovny a prevence a odhalování pojistných podvodů a jiných protiprávních jednání**.

INFORMACE O ZPRACOVÁNÍ OSOBNÍCH ÚDAJŮ VYJMA ÚDAJŮ O ZDRAVOTNÍM STAVU A GENETICKÝCH ÚDAJŮ

Berete na vědomí, že identifikační a kontaktní údaje, údaje pro vyhodnocení potřeb a posouzení vhodnosti pojištění, údaje pro ocenění rizika při vstupu do pojištění a údaje o využívání služeb zpracovává pojišťovna na základě **oprávněného zájmu** pro účely **zajištění řádného nastavení a plnění smluvních vztahů s pojistníkem a souvisejících vztahů s vámi, správy a ukončení pojištění, likvidace pojistné události, zajištění a soupojištění, ochrany právních nároků pojišťovny a prevence a odhalování pojistných podvodů a jiných protiprávních jednání**. Proti takovému zpracování máte právo kdykoliv podat námítku, která může být uplatněna způsobem uvedeným v Informačním listu o ochraně osobních údajů pro rámcové pojistné smlouvy.

Berete na vědomí, že shora uvedené osobní údaje zpracovává pojišťovna také na základě a pro účely **plnění zákonných povinností**, které se na pojišťovnu vztahují.

Podpisem tohoto formuláře, resp. odesláním tohoto formuláře potvrzujete, že jste se důkladně seznámil s Informačním listem o ochraně osobních údajů pro rámcové pojistné smlouvy, zejména s rozsahem zpracovávaných údajů, právními základy (důvody), účely a dobou zpracování osobních údajů a právy, která vám v této souvislosti náleží.

V _____ dne

Jméno, příjmení

_____ podpis osoby, která uplatňuje
nárok na pojistné plnění

Část 3. – Lékařská zpráva

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.

Rodné číslo klienta

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

Uveďte diagnózy dle MKN 10 s dobou léčení (od–do) a popis poranění, v případě více diagnóz uveďte dobu léčení a popis i u jednotlivých diagnóz (u zubů číselné označení poraněného zubu a zda došlo ke ztrátě či ohrožení vitality zubní dřeně). Případně přiložte kopie příslušné lékařské dokumentace.

Popis poranění/onemocnění	dle MKN 10	od	do
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

RTG datum

RTG popis

MRI datum

MRI popis

CT datum

CT popis

SONO datum

SONO popis

Způsob léčení (popište i případné další komplikace při léčení – např. hnisání, záněty 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 MKN 10	měsíc a rok, kdy nastalo
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

V případě úrazu dále uveďte:

Příčina úrazu (popis mechanismu vzniku úrazu)

Byl poškozený v době úrazu pod vlivem alkoholu či jiných návykových látek? ANO NE Uveďte příznaky, ‰ alkoholu Byl příčinou úrazu pokus o sebevraždu nebo sebepoškození? ANO NE **Potvrzení hospitalizace** (doložte kopiemi propouštěcích zpráv)

Den příjmu do nemocnice

Den propuštění

přiložte kopii propouštěcí zprávy

Potvrzení doby léčení

Doba léčení úrazu

od

do

Rehabilitace

Doba trvání

od

do

Frekvence návštěv

Zvolená terapie

Nezbytné jsou především informace týkající se daného úrazu či onemocnění (**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.

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

razítka 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 pojištěný, resp. oprávněná osoba, vyzvána, aby před zahájením likvidace na vlastní náklady doplnila chybějící údaje či přílohy.

ČÁST 5. – 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 Identifikace a základní kontrola klienta – fyzické osoby (Z7110).

Identifikaci příjemce plnění je třeba provést v případě splnění některé z níže uvedených podmínek:

- pojistné plnění převyšuje 1 000 EUR,
- klient je PEP,
- nebo splňuje jinou podmínku dle uvedeného zákona.