

Oznámení pojistné události

Invalidita pojištěného

K urychlení průběhu likvidace pomůže, pokud současně s oznámením budou doloženy jakékoliv doklady s údaji vztahující se k předmětné invaliditě.
Po vyplnění přední strany oznámení předejte toto k doplnění zadní strany lékaři, u něhož má pojištěný vedenu kompletní zdravotní dokumentaci.

Pojistná smlouva číslo (čísla všech pojistných smluv pojištěného)

	Datum uzavření smlouvy		Datum uzavření smlouvy
	Datum uzavření smlouvy		Datum uzavření smlouvy

A. Osobní údaje hláštěle

Příjmení a jméno	Příbuzenský či jiný vztah	Rodné číslo
Adresa trvalého bydliště (kontaktní adresa)	PSČ	Telefon domů/zaměstnání

B. Osobní údaje pojištěného (poškozeného)

Příjmení a jméno pojištěného	Rodné číslo	
Adresa trvalého bydliště (kontaktní adresa)	PSČ	Telefon domů/zaměstnání
Adresa zaměstnavatele: Ulice a číslo popisné, obec	PSČ	Povolání popř. druh podnikání

C. Údaje o události

Invalidita 3. stupně <input type="checkbox"/>	Invalidita 1. nebo 2. stupně <input type="checkbox"/>	Datum přiznání invalidity
Příčina vzniku invalidity (označte)	Nemoc <input type="checkbox"/>	Úraz <input type="checkbox"/>
Kdy byla prvotní příčina vedoucí ke vzniku invalidity poprvé zjištěna (nemoc, úraz)?	Datum	Kdo žádal SSZ o přiznání invalidity? lékař <input type="checkbox"/> pojištěný <input type="checkbox"/> jiná osoba <input type="checkbox"/>
Důvod žádosti o přiznání invalidity		

D. Úrazová příčina vzniku invalidity (vyplňte pouze je-li příčina vzniku invalidity úraz)

Datum vzniku úrazu	Uveďte podrobně jak a kde k úrazu došlo:	
Která část těla byla postižena?	Byla poraněná část těla již před úrazem postižena? ANO <input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/>	
Došlo k úrazu při dopravní nehodě? ANO <input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/>	Pokud ano, kdo úraz zavinil?	Pokud ano, kdo případ vyšetřoval? (sdělte adresu a pokud vlastníte protokol nebo usnesení policie nebo jiného orgánu, doložte)
Došlo k úrazu v zaměstnání? ANO <input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/>	Pokud ano, kdo pracovní úraz zavinil?	Pokud ano, kdo případ vyšetřoval? (sdělte adresu a pokud vlastníte záznam o pracovním úrazu, doložte)
Došlo k úrazu při sportovní činnosti?	Pokud ano, při jaké?	
Máte uzavřenou profesionální smlouvu o sportovní činnosti? ANO <input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/>	Pokud ano, v jakém sportu?	
Jméno a adresa lékaře a zařízení, které poskytlo první ošetření:		Kdy

E. Příložené doklady nutné k zahájení likvidace

Příloženo		Název dokladu
ANO	NE	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ověřená kopie rozhodnutí správy sociálního zabezpečení o přiznání invalidity 3. stupně
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ověřená kopie rozhodnutí správy sociálního zabezpečení o přiznání invalidního důchodu pro invaliditu 3. stupně
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Kopie posudku o invaliditě – Posouzení zdravotního stavu ve smyslu ustanovení §8 zák. č. 582/1991 Sb. V

F. Údaje o lékařích (vyplňte pokud jsou Vám známy)

Praktický či jiný lékař, u kterého má pojištěný vedenu zdravotní dokumentaci:

Jméno a příjmení lékaře
ulice, číslo, místo ordinace
telefon

Odborný lékař či lékařské zařízení, kde se pojištěný léčil v souvislosti s hlášenou událostí:

Jméno a příjmení lékaře
ulice, číslo, místo ordinace, lékařského zařízení
telefon

G. Výplata pojistného plnění

<input type="checkbox"/> Plnění poukážete na účet u peněžního ústavu	Číslo účtu	Kód banky	Specifický symbol	Variabilní symbol
<input type="checkbox"/> nebo na adresu	Ulice a číslo popisné, obec			<input type="checkbox"/> adresa totožná s adresou pojištěného

Prohlášení

Pojištěného nebo zákonného zástupce (je-li pojištěný nezletilý):

Prohlašuji, že všechny mé odpovědi na písemně položené dotazy pojistitele uvedené v tomto tiskopisu jsou pravdivé a úplné a jsem si vědom důsledků nepravdivých odpovědí na povinnost pojistitele plnit. V souladu se zák. č. 101/2000 Sb., o ochraně osobních údajů a o změně některých zákonů, ve znění pozdějších předpisů (dále jen „zákon“), souhlasím, aby mé osobní údaje, včetně údajů o mém zdravotním stavu, (resp. údaje týkající se nezletilého, jehož jsem zákonným zástupcem (dále jen „nezletilý“)), včetně údajů o jeho zdravotním stavu byly pojistitelem zpracovávány v rámci činnosti v pojišťovnictví a činnosti související s pojišťovací činností podle zák. č. 277/2009 Sb., o pojišťovnictví, ve znění pozdějších předpisů, a to po dobu nezbytně nutnou k zajištění práv a povinností plynoucích ze závazkového vztahu. Ve smyslu zákona č. 133/2000 Sb., o evidenci obyvatel a o rodných číslech a o změně některých zákonů, ve znění pozdějších předpisů, souhlasím s tím, aby ve stejném rozsahu, za stejným účelem a po stejnou dobu jako ostatní osobní údaje bylo využíváno rodné číslo, jehož jsem nositelem (resp. jehož nositelem je nezletilý). Prohlašuji, že jsem byl v souladu se zákonem řádně informován o zpracování mých osobních údajů (resp. údajů týkajících se nezletilého), o svých právech a o povinnostech zpracovatelů údajů. Souhlasím s předáváním mých osobních údajů (resp. údajů týkajících se nezletilého) do jiných států, a to ve smyslu §27 zákona. Veškeré poskytnuté údaje bude zpracovávat pojistitel nebo zpracovatel registrovaný v souladu s § 16 zákona Úřadem pro ochranu osobních údajů. Dále zmocňuji pojistitele, aby si pro potřebu šetření pojistné události vyžadoval veškeré informace a potřebnou zdravotní dokumentaci o mém zdravotním stavu (resp. zdravotním stavu nezletilého) a zavazují se tuto zdravotní dokumentaci v případě potřeby pro pojistitele zajistit. Zároveň žádám a opravňuji tímto všechny dotazované ošetřující lékaře, ústavy a zdravotnická zařízení o uvedení přesné diagnózy choroby, přesný popis operace či důvodů k zařazení na čekací listinu. Na důkaz svého souhlasu s výše uvedením zmocněním připojuji k tomuto prohlášení svůj podpis. Tímto zároveň lékaře, ústavy a zdravotnická zařízení, které pojistitel o uvedené informace požádá, zprostředkují od povinnosti zachovávat mlčenlivost.

Dále prohlašuji, že:

- nejsem nebo v posledním roce jsem nebyl(a) politicky exponovanou osobou ve smyslu ustanovení § 4 odst. 5 zákona č. 253/2008 Sb., o některých opatřeních proti legalizaci výnosů z trestné činnosti a financování terorismu.
- jsem nebo v posledním roce jsem byl(a) politicky exponovanou osobou ve smyslu ustanovení § 4 odst. 5 zákona č. 253/2008 Sb., o některých opatřeních proti legalizaci výnosů z trestné činnosti a financování terorismu.

Politicky exponovaná osoba je nebo byla v postavení:

Hlášitele:

Prohlašuji, že všechny mé odpovědi na písemně položené dotazy pojistitele uvedené v tomto tiskopise jsou pravdivé a úplné a jsem si vědom důsledků nepravdivých odpovědí na povinnost pojistitele plnit.

Zplnomocněné osoby:

Prohlašuji, že v souladu s plnou mocí, kterou mi pojištěný udělil, jsem oprávněn jeho jménem žádat ošetřující lékaře o poskytnutí údajů o jeho zdravotním stavu a léčení vč. potřebné zdravotní dokumentace. Dále prohlašuji, že všechny mé odpovědi na písemně položené dotazy pojistitele uvedené v tomto tiskopise jsou pravdivé a úplné. V souladu se zák. č. 101/2000 Sb., o ochraně osobních údajů a o změně některých zákonů, ve znění pozdějších předpisů (dále jen „zákon“), výslovně souhlasím, aby mé osobní údaje byly pojistitelem zpracovávány v rámci činnosti v pojišťovnictví a činnosti související s pojišťovací činností podle zák. č. 277/2009 Sb., o pojišťovnictví, ve znění pozdějších předpisů, a to po dobu nezbytně nutnou k zajištění všech práv a povinností plynoucích ze závazkového vztahu. Ve smyslu zákona č. 133/2000 Sb., o evidenci obyvatel a o rodných číslech a o změně některých zákonů, ve znění pozdějších předpisů, souhlasím s tím, aby ve stejném rozsahu, za stejným účelem a po stejnou dobu jako ostatní osobní údaje bylo využíváno rodné číslo, jehož jsem nositelem (resp. jehož nositelem je nezletilý). Prohlašuji, že jsem byl v souladu se zákonem řádně informován o zpracování mých osobních údajů (resp. údajů týkajících se nezletilého), o svých právech a o povinnostech zpracovatelů údajů. Veškeré poskytnuté údaje bude zpracovávat pojistitel nebo zpracovatel registrovaný v souladu s § 16 zákona. Na důkaz svého souhlasu s výše uvedením zmocněním připojuji k tomuto prohlášení svůj podpis. Zároveň přikládám originál či ověřenou kopii udělené plné moci.

V dne

Podpis pojištěného
(zákonného zástupce)

Podpis zplnomocněné osoby
(předkládá-li tiskopis)

Podpis hlášitele
(předkládá-li tiskopis)

Lékařská zpráva – invalidita 3. stupně

Poskytnutí údajů je v souladu se souhlasem pojištěného, uvedeného v prohlášení na pojistné smlouvě a v souladu se souhlasem hlášeitele (viz přední strana formuláře). Zpráva je požadována za účelem šetření nutného ke zjištění rozsahu povinnosti pojistitele plnit, resp. za účelem objektivizace rozsahu nároků vyplývajících ze smluvního vztahu uzavřeného s pojištěným.

A. Osobní údaje pojištěného

Příjmení a jméno pojištěného	Rodné číslo
------------------------------	-------------

B. Údaje lékaře – výpis ze zdravotní dokumentace

Invalidita 3. stupně <input type="checkbox"/>	Byla žádost o přiznání invalidity podána prostřednictvím lékaře?	Důvod žádosti o přiznání invalidity 3. stupně.
Invalidita 1. nebo 2. stupně <input type="checkbox"/>		
Datum přiznání invalidity 3. stupně:	ANO <input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/>	

Rozhodná DG pro přiznání invalidity 3. stupně a další spoluposuzované?	Kdy byla poprvé stanovena rozhodná DG vedoucí k přiznání invalidity 3. stupně?
--	--

Prvotní příčina vzniku rozhodné DG vedoucí k přiznání invalidity 3. stupně?	Od kdy se datují první zdravotní problémy související s přiznáním invalidity 3. stupně?
---	---

Jakými chorobami či úrazy pojištěný trpěl před datem vzniku pojistné události (datem přiznání invalidity 3. stupně)?

Byla v minulosti přiznána invalidita 1. nebo 2. stupně, nebo invalidita 3. stupně v souvislosti s DG, pro kterou je nyní přiznána invalidita? Pokud ANO, uveďte kdy (od – do) a jaká DG vedla k přiznání invalidity?

Byla v minulosti přiznána invalidita 1. nebo 2. stupně, nebo invalidita 3. stupně pro jinou DG, než pro kterou je nyní přiznána invalidita? Pokud ANO, uveďte kdy (od – do) a jaká DG vedla k přiznání invalidity?

Pokud rozhodnou příčinou, DG vedoucí k přiznání invalidity 3. stupně, bylo úrazové poškození, uveďte kdy a jaká úrazová DG byla poprvé stanovena, a kdy dle zdravotní karty k úrazu došlo a kde došlo k 1. ošetření, případně následnému léčení?

Pokud byla posuzovaná invalidita 3. stupně k aktuálnímu datu ukončena, nebo přehodnocena na invaliditu 1. nebo 2. stupně, uveďte důvod a datum, kdy k tomu došlo?

Pokud byl u posuzované invalidity 3. stupně k aktuálnímu datu přehodnocen důvod přiznání, resp. rozhodná DG v důsledku nové skutečnosti, uveďte důvod, popř. DG a datum od kdy byl nárok na invaliditu 3. stupně přehodnocen?

C. Jiné sdělení lékaře

Potvrzuji, že údaje v lékařské zprávě se týkají pojištěného uvedeného na první straně lékařské zprávy a tohoto formuláře.

Forma proplacení honoráře za vyplnění tiskopisu

- na základě vystavené faktury
 placeno klientem
 na základě smluvního vztahu s pojišťovnou

Pro správné umístění platby proveďte identifikaci čitelně.

Kód lékaře přidělený pojišťovnou (pokud je Vám znám)	IČ (pokud existuje)
V	Dne

.....
Razítko a podpis lékaře