



Máte uzavřenu profesionální smlouvu o sportovní činnosti?	Pokud ANO, v jakém sportu?	
ANO <input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/>		
Došlo k úrazu při dopravní nehodě?	Pokud ANO, kdo dopravní nehodu zavínil?	Pokud ANO, kdo případ vyšetřoval? (sdělte adresu a pokud vlastníte protokol o šetření, doložte)
ANO <input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/>		

## E. Příložené doklady nutné k zahájení likvidace

Příloženo	Název dokladu	
ANO	NE	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Závěrečná lékařská propouštěcí zpráva o průběhu léčeni (hospitalizace)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Průběžná lékařská zpráva o dosavadním průběhu léčeni (hospitalizace – pouze pokud pojištěný nárokuje zálohu na plnění)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Rodný list pojištěného vydaný v ČR (pokud se jedná o pojištění dítěte)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Rozhodnutí soudu o osvojení dítěte, nebo jeho svěření do pěstounské péče, existuje-li (pokud se jedná o pojištění dítěte)

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

Praktický či jiný lékař, u kterého má pojištěný vedenu kompletní 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	
---	--

Zdravotnické zařízení, kde byl pojištěný v souvislosti s hlášenou událostí hospitalizován:

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

## G. Výplata pojistného plnění

Plnění  Záloha

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

## 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 povinnosti pojistitele plnit. V souladu se zákonem 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 zpracovány v rámci činnosti v pojišťovnictví a činnosti související s pojišťovací činností podle zákona č. 363/1999 Sb., o pojišťovnictví a o změně některých souvisejících zákonů, 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 svých osobních údajů (resp. údajů týkajících se nezletilého), o svých právech a o povinnostech zpracovatelů údajů. Souhlasím s předáváním svých 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 ust. § 16 zákona Úřadem pro ochranu osobních údajů. Pokud bylo pojištěnou smlouvou sjednáno úrazové pojištění dětí, prohlašuji, že pojištěný jmenovitě uvedený v pojistné smlouvě není, ani k výše uvedenému datu vzniku úrazu nebyl, soudem zbaven rodičovské odpovědnosti vůči nezletilému poškozenému. Dále zmocňuji pojistitele, aby si pro potřebu šetření pojistné události vyžadoval veškeré informace a potřebnou zdravotní dokumentaci o mém zdravotním stavu a léčení (resp. zdravotním stavu a léčení nezletilého) a zavazují se tuto zdravotní dokumentaci pro pojistitele zajistit. Zároveň žádám a opravňuji tímto všechny dotazované ošetřující lékaře, ústavy a zdravotnická zařízení o uvedení přesné diagnózy choroby, či přesný popis operace. 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, zprošťuji 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: .....

### Hláситеle nebo zplnomocněné osoby:

Prohlašuji, že všechny mé odpovědi na písemně položené dotazy pojistitele uvedené v tomto tiskopise jsou pravdivé a úplné. V souladu se zákonem 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 zpracovány v rámci činnosti v pojišťovnictví a činnosti související s pojišťovací činností podle zákona č. 363/1999 Sb., o pojišťovnictví a o změně některých souvisejících zákonů, 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 svých 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 ust. § 16 zákona Úřadem pro ochranu osobních údajů. Na důkaz svého souhlasu s výše uvedením připojuji k tomuto prohlášení svůj podpis. Zplnomocněná osoba zároveň prohlašuje, že v souladu s plnou mocí, kterou jí pojištěný udělil, je oprávněna jeho jménem žádat ošetřující lékaře o poskytnutí údajů o jeho zdravotním stavu a léčení včetně potřebné zdravotní dokumentace. Zároveň přikládá originál či ověřenou kopii udělené plné moci.

V ..... dne .....

Podpis pojištěného  
(zákonného zástupce)

Podpis hláситеle nebo zplnomocněné osoby  
(předkládá-li tiskopis)

# Lékařská zpráva z hospitalizace

Poskytnutí údajů je v souladu se souhlasem pojištěného uvedeného v prohlášení na pojistné smlouvě a v souladu se souhlasem hláště (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 o hospitalizaci

Celková doba hospitalizace (vyplňte v případě již ukončené hospitalizace)

Hospitalizace (vyplňte v případě pokud hospitalizace trvá)

Od Do

Od Do (aktuální datum)

Důvod hospitalizace, rozhodná příčina a DG vedoucí k hospitalizaci.

Od kdy se datují první zdravotní problémy související s předmětnou hospitalizací?

Datum prvního stanovení rozhodné DG vedoucí k hospitalizaci?

Byl příčinou vzniku hospitalizace, nebo byl v průběhu hospitalizace proveden pojištěnému, neodkladný operační zákrok, který zdravotní stav pojištěného bezprostředně vyžadoval? Pokud ANO, napište důvod a o jaký zákrok se jednalo.

ANO  NE

Byl poškozený, pro stejnou příčinu, v minulosti již hospitalizován či ambulantně léčen? Pokud ANO, uveďte kdy (od - do), kde (adresa lékařského zařízení) a jaká DG vedla k hospitalizaci.

ANO  NE

Byl poškozený, pro stejnou příčinu, v minulosti hospitalizován a během hospitalizace svévolně nebo na revers opustil zdravotnické zařízení? Pokud ANO, uveďte kdy (od - do), kde (adresa lékařského zařízení) a jaká DG vedla k hospitalizaci.

ANO  NE

Názvy odborností, kde byl pojištěný na akutním lůžku příslušného zdravotnického zařízení, hospitalizován

Odbornost	Datum přijetí	Datum propuštění /přeložení	Byl pojištěný umístěn v rámci odbornosti na:
Odbornost 1			<b>ARO</b> ANO <input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/> Od Do <b>JIP</b> ANO <input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/> Od Do Propustka z oddělení ANO <input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/> Od Do
Odbornost 2			<b>ARO</b> ANO <input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/> Od Do <b>JIP</b> ANO <input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/> Od Do Propustka z oddělení ANO <input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/> Od Do
Odbornost 3			<b>ARO</b> ANO <input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/> Od Do <b>JIP</b> ANO <input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/> Od Do Propustka z oddělení ANO <input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/> Od Do
Odbornost 4			<b>ARO</b> ANO <input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/> Od Do <b>JIP</b> ANO <input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/> Od Do Propustka z oddělení ANO <input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/> Od Do

**Zaškrtněte pouze v případě, pokud se jednalo o hospitalizaci z některého níže uvedeného důvodu:**

- Léčebná rehabilitace
- Provedení zákroku plastické chirurgie pro jiný než zdravotní důvod. Jaký? .....
- Úmyslné jednání směřující k přijetí hospitalizace, jejímu prodloužení, nebo sebepoškození
- Zneužití léků
- Jiný než léčebný, nebo diagnostický a léčebný důvod (sociální hospitalizace, ochranná či povinná léčba)
- Úraz související s provozováním profesionálního sportu
- Sportovní úraz. V důsledku jakého sportu? .....
- Sterilizace nebo umělé přerušování těhotenství pro jiný než zdravotní důvod
- Infekční onemocnění způsobené nesplněním povinnosti pojištěného podrobit se v souladu s platnými právními předpisy stanovenému druhu pravidelného očkování
- Nemoci přenášené pohlavním stykem, nebo s ní související doprovodné nemoci, vyjma přenosu infekce viru HIV v důsledku krevní transfúze
- Nemoci z povolání, pracovní úraz
- Mikrobiální jedy nebo imunotoxické látky
- Jaderné záření vyvolané výbuchem nebo závadou jaderného zařízení a přístrojů, nebo nedbalostí odpovědných osob, institucí nebo úřadů při dopravě, skladování nebo manipulaci s radioaktivními materiály
- Alkohol, drogy a jiné patologické závislosti

Názvy a adresy všech zdravotnických zařízení, ve kterých byl pojištěný v rámci předmětné hospitalizace léčen, a to včetně případů, kdy byl pojištěný překládán mezi zdravotnickými zařízeními.

### C. Jiné sdělení lékaře

**Potvrzují, 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
- zapláceno 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