

## Oznámení pojistné události Trvalé následky úrazu - Rameno

### Jak postupovat při oznámení pojistné události

- Pojistnou událost nám oznamte po úplném ustálení zdravotního stavu, nejpozději však ke 3 letům od úrazu zasláním kompletně vyplněného **formuláře Oznámení pojistné události – Trvalé následky úrazu**. O vyplnění **formuláře Lékařská zpráva** požádejte lékaře z oboru ortopedie, případně traumatologie nebo chirurgie.
-  Není-li možné doložit formulář Lékařská zpráva, přiložte kopii zdravotnické dokumentace z průběhu léčení Vašeho úrazu včetně lékařské zprávy popisující aktuální stav poškození.
- A to je vše. Teď už stačí požadované podklady zaslat na **PU-zivot@csobpoj.cz**.
- Pokud vyhodnotíme, že k vyřízení Vaší pojistné události potřebujeme doplňující podklady, budeme Vás kontaktovat.
- V případě, že nebude možné rozsah trvalých následků úrazu určit podle doložené zdravotnické dokumentace, bude Vám na náklady pojistitele zajištěna zdravotní prohlídka u posudkového lékaře.

### Pojistné smlouvy, ze kterých uplatňujete nárok na pojistné plnění

|         |         |
|---------|---------|
| č. .... | č. .... |
|---------|---------|

### Pojistná událost

|         |
|---------|
| č. .... |
|---------|

### Pojištěný - osoba, které úraz zanechal trvalé následky

|                                           |          |             |          |
|-------------------------------------------|----------|-------------|----------|
| Jméno                                     | Příjmení | Rodné číslo | Povolání |
| Adresa bydliště (ulice, č.p., obec)       |          | PSČ         | Telefon  |
| Korespondenční adresa (ulice, č.p., obec) |          | PSČ         | E-mail   |

### Oznamovatel – osoba, která oznamuje pojistnou událost (vyplňte pouze, je-li oznamovatel odlišný od pojištěného)

|                                           |          |             |                                          |
|-------------------------------------------|----------|-------------|------------------------------------------|
| Jméno                                     | Příjmení | Rodné číslo | Datum narození (jen u cizích st. přísl.) |
| Adresa bydliště (ulice, č. p., obec)      |          | PSČ         | Telefon                                  |
| Korespondenční adresa (ulice, č.p., obec) |          | PSČ         | E-mail                                   |

### Identifikační údaje osoby jednající s pojišťovnou

|                                                                                                                                                                                                                   |                                                              |                                                                       |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Pojištěný <input type="checkbox"/> Zákonný zástupce <input type="checkbox"/> Zástupce na základě plné moci <input type="checkbox"/> Jiné:                                                |                                                              |                                                                       |
| Státní příslušnost, pokud jiná než ČR                                                                                                                                                                             | Stát trvalého pobytu, pokud jiný než ČR                      | Stát místa narození, pokud jiný než ČR                                |
| Místo narození                                                                                                                                                                                                    | Daňové identifikační číslo (TIN), pokud trvalý pobyt mimo ČR | Pohlaví<br><input type="checkbox"/> muž <input type="checkbox"/> žena |
| <b>Průkaz totožnosti</b> , podle kterého byly ověřeny údaje a podoba identifikované osoby<br><input type="checkbox"/> Občanský průkaz <input type="checkbox"/> Cestovní pas <input type="checkbox"/> Jiný doklad: |                                                              |                                                                       |
| Číslo dokladu totožnosti                                                                                                                                                                                          | Platnost dokladu totožnosti do                               | Stát vydání dokladu totožnosti, pokud jiný než ČR                     |
| V době vzniku pojistné události jste byl/a:                                                                                                                                                                       |                                                              |                                                                       |
| <input type="checkbox"/> Zaměstnanec                                                                                                                                                                              | Zaměstnavatel                                                | Převažující druh činnosti                                             |
| <input type="checkbox"/> OSVČ                                                                                                                                                                                     | IČO                                                          |                                                                       |
| <input type="checkbox"/> Jiné:                                                                                                                                                                                    |                                                              |                                                                       |
| Zdroj příjmů                                                                                                                                                                                                      | Účel obchodu                                                 |                                                                       |
| Vrcholový management <input type="checkbox"/> ANO                                                                                                                                                                 | Pokud ANO, uveďte ekonomickou aktivitu                       |                                                                       |
| Politicky exponovaná osoba <input type="checkbox"/> ANO                                                                                                                                                           | Pokud ANO, uveďte statut politicky exponované osoby          |                                                                       |
|                                                                                                                                                                                                                   | V jakých obdobích                                            | Původ majetku                                                         |

CSOBPO7000000000



## Výplata pojistného plnění

|                          |                            |                                                                                            |                                                                  |
|--------------------------|----------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> | Plnění poukážete na účet   | Číslo účtu                                                                                 | Kód banky                                                        |
| <input type="checkbox"/> | Plnění poukážete na adresu | <input type="checkbox"/> Adresa bydliště<br><input type="checkbox"/> Korespondenční adresa | Jiná adresa (ulice, č.p., obec, PSČ)<br><input type="checkbox"/> |

## Údaje o trvalých následcích úrazu

|                                                                                  |       |     |       |
|----------------------------------------------------------------------------------|-------|-----|-------|
| Kdy a kde k úrazu došlo?                                                         | Datum | Čas | Místo |
| Subjektivní potíže – stručně popište následky a omezení, které Vám úraz zanechal |       |     |       |

## Doplňující informace

Uplatnil/a jste nárok na pojistné plnění ze stejného důvodu i u jiné pojišťovny?

☐ NE ☐ ANO

Pokud ANO, uveďte název pojišťovny.

## Prohlášení, souhlasy, plná moc

### Prohlášení pojištěného:

Prohlašuji, že veškeré mnou poskytnuté informace o vzniku a rozsahu následků události, s níž spojuji požadavek na poskytnutí pojistného plnění, jsou pravdivé. Dále prohlašuji, že veškeré mé odpovědi na položené dotazy pojistitele uvedené v tomto oznámení jsou pravdivé a úplné a jsem si vědom důsledků poskytnutí vědomě neúplných nebo nepravdivých odpovědí na povinnost pojistitele plnit.

Prohlašuji, že:

- jsem byl v souladu s ustanovením čl. 13 a čl. 14 Nařízení Evropského parlamentu a Rady (EU) č. 2016/679 ze dne 27. dubna 2016 o ochraně fyzických osob v souvislosti se zpracováním osobních údajů a o volném pohybu těchto údajů a o zrušení směrnice 95/46/ES (obecné nařízení o ochraně osobních údajů) (dále jen „GDPR“), pojistitelem řádně a detailně (co do vysvětlení obsahu a významu všech jejich jednotlivých ustanovení) seznámen s Informacemi o zpracování osobních údajů (tzv. Informačním memorandem);
- beru na vědomí a jsem srozuměn s informací pojistitele o tom, že Informační memorandum je a bude k dispozici na webových stránkách pojistitele na adrese [www.csobpoj.cz](http://www.csobpoj.cz) nebo na kterémkoliv obchodním místě pojistitele;
- před podáním tohoto oznámení jsem měl možnost se seznámit s Informačním memorandem a pro zodpovězení všech mých případných dotazů k Informačnímu memorandu jsem měl možnost obrátit se na pojistitele.

### Souhlasy pojištěného:

*Zaškrtnutím souhlasím*

☐ V souladu s ustanovením čl. 9 GDPR, souhlasím, aby údaje o mém zdravotním stavu nebo zdravotním stavu zastoupeného byly pojistitelem a také smluvním zajištěním pojistitele zpracovávány pro potřebu šetření pojistné události a v rámci činnosti v pojišťovnictví nebo zajišťovací činnosti podle zákona 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.

V souladu s ustanovením § 2828 zákona č. 89/2012 Sb., občanského zákoníku, ve znění pozdějších předpisů, uděluji pojistiteli souhlas se získáváním údajů o mém zdravotním stavu nebo zdravotním stavu zastoupeného, se zjišťováním a přezkoumáváním mého zdravotního stavu nebo zdravotního stavu zastoupeného nebo příčiny mé smrti nebo příčiny smrti zastoupeného, a to od ošetřujících lékařů a zdravotnických zařízení, jsou-li pro to důvody související se šetřením pojistné události, nebo právem účastníka pojištění na zproštění od placení pojistného.

Beru na vědomí, že udělení souhlasu je dobrovolné a že jej mohu kdykoli odvolat. Dále beru na vědomí, že odvolání nebo neudělení souhlasu se zpracováním údajů o zdravotním stavu může vést ke ztížení šetření pojistné události nebo toto šetření pojistitele znemožnit. V takovém případě nebude pojistitel moci buď v plném rozsahu, nebo zcela poskytnout pojistné plnění.

Prohlašuji a svým podpisem níže stvrzuji, že v souladu s ustanovením § 128 odst. 1 zákona č. 277/2009 Sb., o pojišťovnictví, ve znění pozdějších předpisů, uděluji pojistiteli souhlas s poskytnutím informací týkajících se pojištění:

- členům skupiny ČSOB, jejichž seznam je uveden na internetových stránkách [www.csob.cz/skupina](http://www.csob.cz/skupina), a
- ostatním subjektům podnikajícím v pojišťovnictví a zájmovým sdružením či korporacím těchto subjektů.

Souhlasím s tím, aby právní či jiná jednání pojistitele ve věci pojistné události (např. oznámení pojistitele, jeho žádosti nebo jeho jiná sdělení) byla činěna prostřednictvím uvedených prostředků elektronické komunikace (e-mailu, telefonu). To platí i pro případ, kdy jednání pojistitele bude obsahovat údaje o mém zdravotním stavu nebo zdravotním stavu zastoupeného.

### Plná moc pojištěného:

V souladu s občanským zákoníkem svým níže uvedeným podpisem uděluji pojistiteli plnou moc k tomu, aby ve věcech souvisejících s pojištěnými sjednanými pojistnou smlouvou, zejména v případě pojistné události, jednal mým jménem, zastupoval mě a požadoval nezbytné informace od orgánů veřejné moci (např. policie, správních orgánů) nebo třetích osob (např. zdravotních pojišťoven), včetně možnosti nahlížet do spisů a pořizovat z nich výpisy či opisy.

**Prohlášení oznamovatele:**

Prohlašuji, že veškeré mnou poskytnuté informace o vzniku a rozsahu následků události, s níž spojuji požadavek na poskytnutí pojistného plnění, jsou pravdivé. Dále prohlašuji, že veškeré mé odpovědi na položené dotazy pojistitele uvedené v tomto oznámení jsou pravdivé a úplné a jsem si vědom důsledků poskytnutí vědomě neúplných nebo nepravdivých odpovědí na povinnost pojistitele plnit.

Dále prohlašuji, že v souladu s plnou mocí, která mně byla oprávněnou osobou nebo jejím zákonným zástupcem udělena, jsem oprávněn jejím jménem žádat ošetřující lékaře o poskytnutí údajů o jejím zdravotním stavu a léčení včetně potřebné zdravotnické dokumentace. Zároveň příkládám plnou moc s úředně ověřenými podpisy nebo její ověřenou kopii.

Prohlašuji, že:

- jsem byl v souladu s ustanovením čl. 13 a čl. 14 **GDPR** pojistitelem řádně a detailně (co do vysvětlení obsahu a významu všech jejích jednotlivých ustanovení) seznámen s Informací o zpracování osobních údajů (tzv. Informačním memorandem);
- beru na vědomí a jsem srozuměn s informací pojistitele o tom, že Informační memorandum je a bude k dispozici na webových stránkách pojistitele na adrese **www.csobpoj.cz** nebo na kterémkoliv obchodním místě pojistitele;
- před podáním tohoto oznámení jsem měl možnost se seznámit s Informačním memorandem a pro zodpovězení všech mých případných dotazů k Informačnímu memorandu jsem měl možnost obrátit se na pojistitele.

**Souhlas oznamovatele:**

Prohlašuji a svým podpisem níže stvrzuji, že v souladu s ustanovením § 128 odst. 1 zákona č. 277/2009 Sb., o pojišťovnictví, ve znění pozdějších předpisů, uděluji pojistiteli souhlas s poskytnutím informací týkajících se pojištění:

- členům skupiny ČSOB, jejichž seznam je uveden na internetových stránkách **www.csob.cz/skupina**, a
- ostatním subjektům podnikajícím v pojišťovnictví a zájmovým sdružením či korporacím těchto subjektů.

Souhlasím s tím, aby právní či jiná jednání pojistitele ve věci pojistné události (např. oznámení pojistitele, jeho žádosti nebo jeho jiná sdělení) byla činěna prostřednictvím uvedených prostředků elektronické komunikace (e-mailu, telefonu). To platí i pro případ, kdy jednání pojistitele bude obsahovat údaje o zdravotním stavu pojištěného.

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

.....  
Podpis pojištěného

.....  
Podpis oznamovatele



Pokud předpokládáte, že výše pojistného plnění přesáhne korunový ekvivalent částky 1 000 euro nebo jste politicky exponovaná osoba, kontaktujte, prosím, svého pojišťovacího zprostředkovatele nebo navštivte nejbližší pobočku za účelem provedení identifikace příjemce pojistného plnění.

**Prohlášení pojišťovacího zprostředkovatele (osoby pověřené pojistitelem k provedení identifikace příjemce pojistného plnění):**

Prohlašuji, že jsem v souladu se zákonem č. 253/2008 Sb., o některých opatřeních proti legalizaci výnosů z trestné činnosti a financování terorismu, ve znění pozdějších předpisů, zaznamenal a ověřil identifikační údaje příjemce pojistného plnění z výše uvedeného průkazu totožnosti a ověřil shodu podoby této osoby s vyobrazením v průkazu totožnosti, který je na tomto formuláři uveden.

.....  
Jméno a příjmení pojišťovacího zprostředkovatele

.....  
Datum a místo

.....  
HEČ, OEČ/osobní číslo/IČO

.....  
Razítko a podpis pojišťovacího zprostředkovatele

## Lékařská zpráva

### Rameno

**Osobní údaje pojištěného**

|                                                                                                                                                                                                                              |                          |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|
| Jméno a příjmení                                                                                                                                                                                                             | Rodné číslo              |
| <div>Průkaz totožnosti, podle kterého byly ověřeny údaje a podoba identifikované osoby</div> <div><input type="checkbox"/> Občanský průkaz <input type="checkbox"/> Cestovní pas <input type="checkbox"/> Jiný doklad:</div> | Číslo dokladu totožnosti |

**Objektivní nález**

Vyplní lékař specialista z oboru ortopedie, chirurgie nebo traumatologie.

Diagnóza úrazového poškození:

| Stabilita ramenního kloubu                                                                |                                                                                              |                |              |
|-------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------|----------------|--------------|
| SC kloub                                                                                  |                                                                                              |                |              |
| AC kloub                                                                                  |                                                                                              |                |              |
| Pohyby                                                                                    | elevace                                                                                      | vnitřní rotace | zevní rotace |
| Vpravo                                                                                    |                                                                                              |                |              |
| Vlevo                                                                                     |                                                                                              |                |              |
| Pojištěný je: <input type="checkbox"/> Pravák <input type="checkbox"/> Levák              | Je stav trvalých následků ustálený? <input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/> ANO |                |              |
| Je plánováno další léčení? <input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/> ANO       | Pokud ANO, specifikujte (rehabilitace, plastika vazů, extrakce kovů).                        |                |              |
| Jsou doporučena další vyšetření? <input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/> ANO | Pokud ANO, uveďte jaká.                                                                      |                |              |

**Prohlášení**

Potvrzuji, že se údaje v lékařské zprávě týkají pojištěného uvedeného v tiskopisu.  
Prohlašuji, že všechny mé odpovědi na písemně položené dotazy pojistitele uvedené v tomto tiskopisu jsou pravdivé a úplné.

V ..... dne .....  
Razítko a podpis lékaře