

Záznamy pojistitele

Oznámení pojistné události Hospitalizace

Tento formulář nejprve vyplňte v částech 1 až 3 a přiložte k němu doklady nezbytné k posouzení nároku na pojistné plnění uvedené v části 3. Následně jej pošlete na adresu ČSOB Pojišťovny uvedenou v záhlaví nebo elektronicky na info@csobpoj.cz.

Část 1 Pojistná smlouva (čísla pojistných smluv pojištěného, ze kterých uplatňuje nárok na plnění)

č.	č.	č.
---------	---------	---------

Osobní údaje pojištěného

Jméno a příjmení	Rodné číslo	Zdravotní pojišťovna
Korespondenční adresa (název ulice, číslo popisné, obec)	PSČ	Telefon
E-mail	Stát místa narození, pokud je jiný než ČR	Stát trvalého pobytu, pokud je jiný než ČR

Osobní údaje oznamovatele zplnomocněné osoby (je-li odlišná od pojištěného), zákonného zástupce nezletilého pojištěného

Jméno a příjmení	Vztah k pojištěnému	Rodné číslo
Korespondenční adresa (název ulice, číslo popisné, obec)	PSČ	Telefon
E-mail	Stát místa narození, pokud je jiný než ČR	Stát trvalého pobytu, pokud je jiný než ČR

Výplata pojistného plnění

☐ Plnění poukážete na účet	Číslo účtu	Kód banky	Specifický symbol	Variabilní symbol
☐ Plnění poukážete na adresu	☐ Adresa totožná s adresou pojištěného	☐ Adresa odlišná od adresy pojištěného (ulice, č.p., obec, PSČ)		

Část 2 Údaje o hospitalizaci

Hospitalizace	☐ plánovaná ☐ neplánovaná (akutní)	Datum hospitalizace: Od: _____ Do: _____
Nemoc	Uvedte o jakou nemoc, pokud je důvodem hospitalizace, se jedná: ☐ Jedná se o nemoc z povolání? NE ☐ ANO ☐ Přiložte posudek. Byl pojištěný pro stejnou příčinu nebo v příčinné souvislosti v minulosti hospitalizován? NE ☐ ANO ☐ Pokud ANO, uveďte od kdy do kdy.	
Úraz	Došlo k úrazu při sportu? NE ☐ ANO ☐ Druh sportu _____ Pokud ANO, jednalo se o profesionální sport? NE ☐ ANO ☐ Došlo k úrazu při výkonu povolání? NE ☐ ANO ☐ Pokud ANO, doložte záznam o pracovním úrazu. Vyšetřovala úraz policie? NE ☐ ANO ☐ Pokud ANO, doložte konečné usnesení. Kdy a kde k úrazu došlo? Datum: _____ Čas: _____ Místo: _____ Popis úrazového děje: _____ _____ Poraněná část těla: _____	

CSOB06L0000000



Byla poraněná část těla již před úrazem postižena?	NE ☐	ANO ☐	Pokud ANO, napište jak a kdy.
Došlo k úrazu pod vlivem alkoholu nebo jiných omamných látek?	NE ☐	ANO ☐	
Jméno a příjmení:		Adresa:	Telefon:
Svědci přítomní úrazu:			
Těhotenství nebo porod ☐ Předpokládané datum porodu:			
Jiná ☐ Uvedte skutečnou příčinu hospitalizace			
Byla v rámci hospitalizace provedena operace? NE ☐ ANO ☐			
Pokud ANO, jednalo se o neplánovanou (akutní) ☐ nebo plánovanou ☐ operaci?			
Byl pojištěný hospitalizován na anesteziologicko-resuscitačním oddělení (ARO) nebo jednotce intenzivní péče? NE ☐ ANO ☐			
Byla vystavena propustka z hospitalizace? NE ☐ ANO ☐ Pokud ANO, uveďte na které dny.			
Uveďte jméno a adresu lékaře nebo zařízení, které o hospitalizaci rozhodlo (doporučilo):			Dne:

Část 3		Seznam dokladů nezbytných k posouzení nároku na plnění z pojištění
Příloženo ANO	NE	Název dokladu
☐	☐	Lékařská propouštěcí zpráva o průběhu léčení (hospitalizace).
☐	☐	Průběžná lékařská zpráva o dosavadním průběhu léčení (hospitalizace) – pouze pokud pojištěný nárokuje zálohu.
☐	☐	Usnesení policie, pokud byl úrazový děj vyšetřován (dopravní nehody a jiná protiprávní jednání).
☐	☐	Záznam o pracovním úrazu, pokud se jednalo o pracovní úraz
☐	☐	Plná moc v případě, že za pojištěného uplatňuje nárok na pojistné plnění 3. osoba

Uplatnil pojištěný nárok na pojistné plnění ze stejného důvodu i u jiného pojistitele?	NE ☐	ANO ☐	Pokud ANO, uveďte název pojistitele.
--	-----------------------------	------------------------------	--------------------------------------

Prohlášení

Pojištěného: 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 zákonem č. 101/2000 Sb., o ochraně osobních údajů (dále jen „zákon“), souhlasím, aby mé osobní údaje, včetně údajů o mém zdravotním stavu, byly pojistitelem zpracovávány v rámci činnosti v pojišťovnictví a činnosti související s pojišťovací činností podle zákona č. 277/2009 Sb., o pojišťovnictví, 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 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. Prohlašuji, že jsem byl v souladu se zákonem řádně informován o zpracování mých osobních údajů, svých právech a povinnostech zpracovatelů údajů. 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 a zavazují se tuto zdravotní dokumentaci v případě potřeby pro pojistitele zajistit. Zároveň žádám a opravňuji tímto všechny dotazované ošetřující lékaře o uvedení přesné diagnózy. Na důkaz svého souhlasu s výše uvedeným 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. Oznamovatele 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., výslovně souhlasím, aby mé osobní údaje byly pojistitelem zpracovány v rámci činnosti v pojišťovnictví a činnosti související s pojišťovací činností podle zákona č. 277/2009 Sb., o pojišťovnictví 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, 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. Prohlašuji, že jsem byl v souladu se zákonem řádně informován o zpracování mých osobních údajů, 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 uvedeným 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. Osoba, která podepisuje Oznámení pojistné události, souhlasí 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 osobní či citlivé údaje pojištěného (např. údaje o jeho zdravotním stavu).	V dne Podpis pojistěného Podpis oznamovatele, zplnomocněné osoby (předkládá-li tiskopis)
---	---