

Záznamy pojistitele

Oznámení pojistné události Vážná choroba

Tento formulář nejprve vyplňte ve všech částech. Pak k němu přiložte podklady nezbytné k prokázání vzniku nároku na pojistné plnění, jejichž seznam je uveden v části 3. Všechny doklady pošlete neprodleně na adresu ČSOB Pojišťovny uvedenou v záhlaví nebo elektronicky na adresu 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 zplnomocněné osoby – oznamovatele (je-li odlišný od pojištěného)

Jméno a příjmení	Vztah k pojištěnému	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	

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 chorobě

Datum, kdy se projeví první příznaky choroby (alespoň přibližně):
Příznaky:
Datum, kdy byla pojištěnému poprvé sdělena diagnóza choroby / provedena operace věnčitých tepen / došlo k zařazení na čekací listinu:
Název choroby / druh operace / čekací listiny:
Uveďte název a adresu zdravotnického zařízení a jméno lékaře (lékařů), který stanovil diagnózu choroby / provedl operaci / zařazení na čekací listinu:

Část 3 Přiložené doklady nezbytné k posouzení nároku na plnění z pojištění

Přiloženo ANO NE	Název dokladu
☐ ☐	Lékařské zprávy, operační protokoly a propouštěcí zprávy

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

CSOBPO6N0000000



Prosíme, uveďte veškerá zdravotnická zařízení, v nichž jste byl(a) či jste po stanovení diagnózy choroby / provedení operace / zařazení na čekací listinu léčen(a) včetně doplňujících údajů.

	Název zařízení	Ulice, č.p.	Město	PSČ	Léčba od:	Léčba do:	Jméno ošetřujícího lékaře (lékařů)	Způsob léčby
1.								
2.								
3.								
4.								
5.								

Uveďte název a adresu zdravotnického zařízení a jméno lékaře (lékařů), který stanovil diagnózu choroby / provedl operaci / zařazení na čekací listinu.

Název zařízení	Ulice, č.p.	Město	PSČ	Jméno lékaře (lékařů)

Kde je v současnosti vedena zdravotní dokumentace týkající se choroby / operace / zařazení na čekací listinu? Uveďte název a adresu zdravotnického zařízení a jméno lékaře (lékařů).

Název zařízení	Ulice, č.p.	Město	PSČ	Jméno lékaře (lékařů)

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.

☐ Prohlašuji, že nyní jsem nebo jsem v posledním roce byl 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, ve znění pozdějších předpisů.

Pokud bylo zvoleno ano, uveďte postavení politicky exponované osoby:

Není-li tento odstavec zaškrtnut, pak prohlašuji, že nyní nejsem nebo jsem v posledním roce nebyl politicky exponovanou osobou ve smyslu výše uvedeného ustanovení.

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 pojištěného

Podpis oznamovatele, zplnomocněné osoby
(předkládá-li tiskopis)

Identifikace příjemce pojistného plnění

Příjmení a jméno	Rodné číslo 	Místo narození	Stát narození	☐ muž ☐ žena	Státní občanství
Adresa trvalého pobytu: ulice a číslo popisné, obec	Telefon 	Průkaz totožnosti OP ☐ ŘP ☐ Pas ☐ platný do:			
Název firmy (pouze OSVČ)		číslo 	vydal (orgán/stát):		IČO (pouze OSVČ)
		Místo podnikání			

Údaje o zástupci pojistitele, který provedl identifikaci příjemce pojistného plnění

Příjmení a jméno	Osobní číslo	Telefon	E-mail
Prohlašuji, že jsem v souladu se zákonem č. 253/2008 Sb., o některých opatřeních proti legalizaci výnosů z trestné činnosti a financování terorismu, zkontroloval platnost a úplnost identifikačních údajů příjemce pojistného plnění, zjistil a zaznamenal jeho aktuální identifikační údaje z výše uvedeného průkazu totožnosti a ověřil shodu podoby příjemce pojistného plnění s vyobrazením v tomto průkazu totožnosti.		Datum	Podpis

Záznamy pojistitele

Lékařská zpráva

Vážná choroba

Poskytnutí údajů je v souladu se souhlasem pojištěného uvedeným v prohlášení na pojistné smlouvě. 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.

Osobní údaje pojištěného

Jméno a příjmení

Rodné číslo

Údaje o vážné choroběDatum prvního stanovení dg. / provedení operace /
zařazení na čekací listinu:Název a adresa zdravotnického zařízení (nejlépe i jméno lékaře), které
stanovilo dg. / provedlo operace / zařazení na čekací listinu:

Uvedte, prosím, všechna vyšetření, nálezy a hodnoty vedoucí ke stanovení dg. / provedení operace / zařazení na čekací listinu:

Průběh a způsob léčení:

Pokud proběhla hospitalizace, kde a od – do:

Kdy byly zpozorovány (zjištěny) první příznaky, které
byly v přímé souvislosti s později stanovenou dg. /
operací / zařazením na čekací listinu?

Název a adresa zdravotnického zařízení (nejlépe i jméno lékaře):

Rozvedte, prosím, tyto příznaky:

V dne

Razítko a podpis lékaře