

Oznámení pojistné události Hospitalizace

Jak postupovat při oznámení pojistné události

- Pojistnou událost nám oznamte po ukončení hospitalizace zasláním kompletně vyplněného formuláře **Oznámení pojistné události – Hospitalizace**.
- K formuláři přiložte **kopii propouštěcí zprávy**. Pokud došlo v průběhu hospitalizace k přeložení na jiné oddělení, doložte také **kopii překladové zprávy**.
- A to je vše. Teď už stačí požadované podklady zaslat na **PU-zivot@csobpoj.cz** nebo na adresu uvedenou v záhlaví formuláře.
- Pokud vyhodnotíme, že k vyřízení Vaší pojistné události potřebujeme doplňující podklady, budeme Vás kontaktovat.

Pojistné smlouvy, ze kterých uplatňujete nárok na pojistné plnění

č. 1110001111	č.	č.
----------------------	---------	---------

Pojištěný - osoba, která byla hospitalizována

Jméno Karel	Příjmení Novák	Rodné číslo 7 9 0 6 1 4 1 1 1 1	Zdravotní pojišťovna 207
Adresa bydliště (ulice, č.p., obec) K Blahobytu 1111, Pardubice		PSČ 53002	Telefon 777000111
Korespondenční adresa (ulice, č.p., obec) Palackého třída 1111, Pardubice		PSČ 53002	E-mail karel.novak@seznam.cz
Místo narození Pardubice	Stát místa narození, pokud je jiný než ČR	Stát trvalého pobytu, pokud je jiný než ČR	Povolání podnikatel
Průkaz totožnosti , podle kterého byly ověřeny údaje a podoba identifikované osoby <input checked="" type="checkbox"/> Občanský průkaz <input type="checkbox"/> Cestovní pas <input type="checkbox"/> Jiný doklad:			
Číslo průkazu totožnosti 11111111	Vydáno (stát, popř. orgán) Česká republika	Platnost průkazu totožnosti do 11.12.2022	
Státní občanství <input checked="" type="checkbox"/> ČR <input type="checkbox"/> Jiné:	Politicky exponovaná osoba <input type="checkbox"/> ANO	Pokud ANO, uveďte statut politicky exponované osoby a v jakých obdobích.	

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

Zákonný zástupce Zástupce na základě plné moci Jiné:

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
Pohlaví <input type="checkbox"/> muž <input type="checkbox"/> žena	Místo narození	Stát místa narození, pokud je jiný než ČR	Stát trvalého pobytu, pokud je jiný než ČR
Průkaz totožnosti , podle kterého byly ověřeny údaje a podoba identifikované osoby <input type="checkbox"/> Občanský průkaz <input type="checkbox"/> Cestovní pas <input type="checkbox"/> Jiný doklad:			
Číslo průkazu totožnosti	Vydáno (stát, popř. orgán)	Platnost průkazu totožnosti do	
Státní občanství <input type="checkbox"/> ČR <input type="checkbox"/> Jiné:	Politicky exponovaná osoba <input type="checkbox"/> ANO	Pokud ANO, uveďte statut politicky exponované osoby a v jakých obdobích.	

Výplata pojistného plnění

<input checked="" type="checkbox"/> Plnění poukážete na účet	Číslo účtu 123456789	Kód banky 0300
<input type="checkbox"/> Plnění poukážete na adresu	<input type="checkbox"/> Adresa bydliště <input type="checkbox"/> Korespondenční adresa	Jiná adresa (ulice, č.p., obec, PSČ) <input type="checkbox"/>



Důvod hospitalizace

Datum hospitalizace:	Od 14.4.2018	Do 17.4.2018	<input type="checkbox"/> plánovaná	<input checked="" type="checkbox"/> akutní
Byla během hospitalizace provedena operace?	<input type="checkbox"/> NE	<input checked="" type="checkbox"/> ANO	Pokud ANO, jednalo se o operaci: <input type="checkbox"/> plánovanou <input checked="" type="checkbox"/> akutní	
Byl/a jste hospitalizován/a na ARO nebo JIP?	<input checked="" type="checkbox"/> NE	<input type="checkbox"/> ANO	Pokud ANO, specifikujte. <input type="checkbox"/> ARO <input type="checkbox"/> JIP	
Byla během hospitalizace vystavena propustka?	<input checked="" type="checkbox"/> NE	<input type="checkbox"/> ANO	Pokud ANO, uveďte na jaké dny.	
Nemoc	Uveďte, o jakou nemoc se jedná.			
<input type="checkbox"/>	Jedná se o nemoc z povolání? <input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/> ANO			
	Byl/a jste v minulosti s tímto onemocněním nebo touto částí těla hospitalizován/a? <input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/> ANO Pokud ANO, uveďte kdy.			
Úraz	Kdy a kde k úrazu došlo?	Datum 14.4.2018	Čas 14:00	Místo Pardubice
<input checked="" type="checkbox"/>	Podrobný popis průběhu a okolností vzniku úrazu: při pádu z kola jsem si zlomil pravou ruku			
	Jaká část těla byla poraněna? pravá ruka			
	Byla poraněná část těla již v minulosti zasažena úrazem nebo nemocí? <input checked="" type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/> ANO Pokud ANO, uveďte jak a kdy.			
	Došlo k úrazu při sportu? <input type="checkbox"/> NE <input checked="" type="checkbox"/> ANO Druh sportu: jízda na kole			
	Pokud ANO, jednalo se o výkon profesionálního sportu? <input checked="" type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/> ANO Organizace:			
	Došlo k úrazu při výkonu povolání? <input checked="" type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/> ANO Pokud ANO, doložte záznam o pracovním úrazu.			
	Došlo k úrazu při dopravní nehodě? <input checked="" type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/> ANO			
	Vyšetřovala okolnosti úrazu policie? <input checked="" type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/> ANO Pokud ANO, doložte rozhodnutí v dané věci.			
Těhotenství nebo porod	<input type="checkbox"/>			

Doplňující informace

Uplatnil/a jste nárok na pojistné plnění ze stejného důvodu i u jiné pojišťovny?	<input checked="" type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/> 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** 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, 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 pojištěním 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 úplně 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 přikládám 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 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 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 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 **Pardubicích** dne **30.4.2018**

.....
Podpis pojištěného

.....
Podpis oznamovatele



Pokud předpokládáte, že výše pojistného plnění přesáhne koronový 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