



Oznámení pojistné události

Trvalá invalidita

následkem úrazu

Datum přijetí do ČP a.s.

PŘI VYPLŇOVÁNÍ FORMULÁŘE POSTUPUJTE TAKTO:

1. **Tiskopis vyplňte pečlivě, nejdříve však za jeden rok od data úrazu.**
2. Pokud nárok na pojistné plnění uplatňujete **za 14 měsíců od data úrazu a později, přiložte kopii lékařské zprávy, ze které bude patrný stav poúrazových následků k jednomu roku od data úrazu.**
3. V případě, že jste neuplatňoval nárok na pojistné plnění za dobu nezbytného léčení tohoto úrazu, **je nutné** kompletně vyplnit formulář „Oznámení pojistné události Úraz“ a **přiložit** ho spolu s lékařskou zprávou z prvního ošetření k tomuto tiskopisu.
4. **Bez doložení požadovaných dokladů uvedených v bodě 2 a 3 nelze zahájit likvidační řízení.**
V tiskopisu vyplňte uvedené údaje slovy (**neproškrtnějte**). Bez úplného vyplnění včetně **podpisu pojištěného** (zraněného) nebo zákonného zástupce nelze pojistnou událost vyřídit.
5. U políček s možností volby hodící se označte křížkem.
6. Do příslušného pole **uvedte** číslo Vašeho bankovního účtu, na které Vám bude pojistné plnění poukázáno. Výplata na účet je pro Vás bezpečná, rychlá a diskrétní.
7. Nezapomeňte do příslušného pole **uvést své telefonní číslo**, které je důležité pro organizaci schůzky se smluvním lékařem, kterého pojistitel určí.
8. Zároveň do příslušného pole uveďte Vaši e-mailovou adresu pro urychlení případné komunikace.
9. V případě **Vašich dotazů** se obraťte na zaměstnance kteréhokoliv obchodního místa České pojišťovny a.s.
Můžete nás také kontaktovat na telefonním čísle Klientského servisu České pojišťovny a.s. 841 114 114 nebo prostřednictvím našich internetových stránek www.ceskapojistovna.cz.
10. Vyplněné **oznámení odevzdejte** na kterémkoli obchodním místě České pojišťovny a.s., případně je zašlete na adresu:
Česká pojišťovna a.s., P. O. BOX 305, 601 00 Brno.
11. **Nezbytné informace k hlášené události si je pojistitel oprávněn ověřit.**

PROSÍME, VYPLŇTE NÁSLEDUJÍCÍ ÚDAJE POTŘEBNÉ K LIKVIDACI TRVALÉ INVALIDITY NÁSLEDKEM ÚRAZU (TI):

Číslo pojistných smluv platných v době vzniku pojistné události:

[illegible]

Číslo pojistné události	1.		2.	
-------------------------	----	--	----	--

Datum vzniku úrazu (den, měsíc, rok)

Údaje o pojištění

[illegible]**Pojistné plnění poukažte na účet**

Předčísí účtu	Číslo účtu	Kód banky
---------------	------------	-----------



TC89376002019

T. č. 89376 verze 01 LPU-TI Strana 1 z 2

Vypíšte podľa vzoru: A Á Â Ã Ä Å Ç È É Ê Ë Ì Í Î Ï Ñ Ò Ó Ô Õ Ö × Ø Ù Ú Û Ü Ý Þ ß à á â ã

Jak se tyto poúrazové následky projevují?

Pokud byl orgán postižen již před úrazem, popište, o jaké poškození se jednalo:

Jste pravák levák

Kde je v současné době vedena (uložena) zdravotnická dokumentace týkající se Vašich potíží, které úraz způsobil?

Uveďte název a adresu zdravotnického zařízení a jméno lékaře. Adresa zdravotnického zařízení (ulice – místo, č. p./obec – pošta, PSČ, telefonický kontakt; příjmení a jméno lékaře).

Čestné prohlášení (vyplňuje zákonný zástupce jen, vzniklo-li právo na plnění nezletilému dítěti)

Jméno a příjmení
pojištěného dítěte

Adresa

Rodné číslo

Jméno a příjmení
zákonného zástupce

Adresa trvalého
bydliště

Rodné číslo

Vztah
k nezletilému dítěti

Prohlášení:

Prohlašuji, že jsem způsobilý(á) k právním úkonům v plném rozsahu a nebyl(a) jsem zbaven(a) své rodičovské zodpovědnosti. Jsem seznámen(a) se skutečností, že pojistné plnění bude vyplaceno k mým rukám ve prospěch dítěte. Jsem si plně vědom(a) závažnosti tohoto prohlášení a uhradím České poisťovně a.s. škodu, která by vznikla výplatou pojistného plnění na základě mnohdy uvedených nepravdivých údajů.

Prohlašuji, že jsem všechny otázky zodpověděl(a) pravdivě a úplně, že jsem k hlášenému úrazu vyplnil(a) pro Českou pojišťovnu a.s. (dále jen pojistitel) pouze toto jedno oznámení a že jsem si vědom(a) důsledků nesprávných odpovědí na povinnost pojistitele plnit. Ve smyslu zákona č. 20/1966 Sb., o péči o zdraví lidu, ve znění předpisů pozdějších a Všeobecných pojistných podmínek pro úrazové pojištění zmocňuji pojistitele k získání informací shromážděných ve zdravotnické dokumentaci vedené o mé osobě či o osobě, jejímž jsem zákonným zástupcem, potřebných k posouzení mých/jejích nároků na pojistné plnění z úrazového pojištění. Souhlasím, aby si pojistitel vyžádal veškerou potřebnou zdravotní dokumentaci o mém léčení a zdravotním stavu či o léčení a zdravotním stavu osoby, jejímž jsem zákonným zástupcem, pro potřeby šetření úrazových pojistných událostí. Souhlas uděluji za účelem vyřizování pojistných událostí, případně i na dobu po mé smrti či smrti osoby, jejímž jsem zákonným zástupcem, a dále zmocňuji lékaře, zdravotnická zařízení a zařízení poskytující zdravotní péči k vyhotovení lékařských zpráv, výpisů ze zdravotnické dokumentace či k jejich zapůjčení. Tímto zprůjisti o povinnosti zachovávat mlčenlivost lékaře, zdravotnická zařízení a zařízení poskytující zdravotní péči, které pojistitel požádá o uvedené informace. Pojistitel zpracovává ve smyslu zákona č. 101/2000 Sb., o ochraně osobních údajů, v platném znění (dále jen „zákon“), mé osobní údaje nebo osobní údaje osoby, jejímž jsem zákonným zástupcem, v souladu s tímto zákonem. Souhlasím proto s tím, aby mé osobní údaje byly zpracovávány pojistitelem v rámci činnosti v pojistnictví a činnosti související s pojišťovnictvím a zajišťovací činností podle ustanovení § 1 a § 2 zákona č. 363/1999 Sb., o pojišťovnictví, ve znění předpisů pozdějších, a to po dobu nezbytně nutnou k zajištění všech práv a povinností plynoucích ze závazkového vztahu.

v

Dne

RČ pojištěného

RČ zákonného zástupce

Podpis pojištěného nebo jeho zákonného zástupce (v případě zákonného zástupce včetně jména)