

ČÁST 3. – LÉKAŘSKÁ ZPRÁVA

rodné číslo pacienta _____ / _____

Poskytnutí údajů je v souladu se souhlasem klienta (viz prohlášení na konci části 2 tohoto formuláře). V zájmu klienta prosíme o důkladné, úplné a čitelné vyplnění všech údajů a doložení kopií veškeré požadované dokumentace. Nestačí-li místo ve formuláři, pokračujte na samostatném listu papíru.

Poplatek za vyplnění hradí klient na vlastní náklady.

Uveďte prosím přesnou diagnózu daného onemocnění dle MKN10 a popis _____

Kdy byla diagnóza poprvé stanovena (datum) _____

Přiložte kopie propouštěcích zpráv a kopie nálezů potvrzujících stanovení diagnózy příslušným klinickým pracovištěm.

U operačního řešení uveďte datum operace a adresu pracoviště, které operaci provedlo _____

Kdy se objevily první obtíže evidované ve zdravotní dokumentaci klienta (měsíc, rok), které byly v příčinné souvislosti s tímto onemocněním a o jaké příznaky se jednalo (popište chronologicky) a přiložte kopie příslušné lékařské dokumentace _____

Datum indikace k případnému operačnímu řešení _____

Byl pojištěný informován o uvedeném onemocnění _____ pokud ano, uveďte kdy (datum) _____

Jaký je současný zdravotní stav pojištěného _____

Nezbytnou přílohou této lékařské zprávy jsou kopie zdravotní dokumentace, týkající se příznaků, vyšetření a nálezů, na jejichž základě byla diagnóza stanovena vč. propouštěcích zpráv.

Nezbytnou přílohou jsou rovněž kopie zdravotní dokumentace, týkající se předchozích příznaků, které byly v příčinné souvislosti s tímto onemocněním.

Lékař potvrzuje, že ošetřoval pojištěného, který je uveden v první části tohoto formuláře, a podle ustanovení zákona č. 89/2012 Sb., občanský zákoník, uvedl veškeré jemu dostupné informace, týkající se předmětného úrazu či onemocnění.

V _____ dne _____ Razítko a podpis lékaře _____

ČÁST 4. – POUČENÍ

Podmínkou pro zahájení likvidace pojistné události je úplné vyplnění všech částí formuláře a přiložení všech ve formuláři uvedených a požadovaných příloh. V případě neúplného vyplnění či chybějících příloh bude klient vyzván, aby před zahájením likvidace na vlastní náklady doplnil chybějící údaje či přílohy.

ČÁST 5. – IDENTIFIKACE PŘÍJEMCE PLNĚNÍ (viz str. 3)

Dle zákona č. 253/2008 Sb., o některých opatřeních proti legalizaci výnosů z trestné činnosti a financování terorismu, je povinností provést identifikaci příjemce plnění. Identifikace příjemce plnění se provádí na Formuláři k provedení identifikace (nebo doložením sepsané identifikační listiny, která je veřejnou listinou) a je povinnou součástí tohoto hlášení.

O ověření identifikačních údajů na této listině s předložením dokladu totožnosti (občanský průkaz, cestovní pas) je možné na území České republiky požádat externího partnera Pojišťovny České spořitelny, a.s., Vienna Insurance Group, nebo na jednotlivých pobočkách České spořitelny, a.s.

O ověření identifikačních údajů v souladu se zákonem č. 253/2008 Sb., o některých opatřeních proti legalizaci výnosů z trestné činnosti a financování terorismu je možné požádat notáře, krajský úřad v přenesené působnosti nebo obecní úřad obce s rozšířenou působností (doložení sepsané identifikační listiny, která je veřejnou listinou).

V případě, že budete žádat o ověření identifikačních údajů v zahraničí, je možné využít příslušný zastupitelský úřad České republiky v dané zemi.

Jestliže o převod pojistného plnění žádá právnická osoba (obchodní firma), provádí se identifikace zástupce právnické osoby, který je oprávněn jednat jménem právnické osoby.

Jestliže je pojištěným nezletilé dítě, pak je nutné provést identifikaci jeho zákonného zástupce, který musí doložit identifikační údaje zastoupeného (např. občanský průkaz se zapsáním údajů zastoupeného, popř. rodný list zastoupeného).

Provedení identifikace je povinné v případě, kdy je požadována výplata na účet klienta nebo na korespondenční adresu. V případě, že nebude identifikace provedena nebo nebude úplná a pojistné plnění převyšuje 1 000 EUR, bude výplata pojistného plnění přednostně zaslána na účet České spořitelny, a.s. (tzv. sběrný účet) – týká se jen pojištěných osob s kontaktní adresou v ČR.

Formulář k provedení identifikace a kontroly fyzické osoby

Provedení identifikace pro účely zákona č. 253/2008 Sb., o některých opatřeních proti legalizaci výnosů z trestné činnosti a financování terorismu
Číslo všech pojistných smluv pojištěného u Pojišťovny České spořitelny, a.s., Vienna Insurance Group



--	--	--



Údaje A. až D. musí být vyplněny shodně s údaji v 1. a 2. části hlášení pojistné události.

A. Příjmení a jméno osoby, které se stala pojistná událost	
B. Rodné číslo	

<input type="checkbox"/> Identifikace fyzické osoby, která uplatňuje nárok na pojistné plnění	<input type="checkbox"/> Identifikace zákonného zástupce Pozn. V případě, že se jedná o zákonného zástupce, doloží zákonný zástupce identifikační údaje zastoupeného (např. občanský průkaz se zápisem zastoupeného).	<input type="checkbox"/> Identifikace fyzické osoby zmocněnce Pozn. V případě zastoupení na základě plné moci (zmocněnec) se k tomuto identifikačnímu listu přiloží originál plné moci udělený pojistníkem zmocněnci s úředně ověřeným podpisem.
C. Příjmení a jméno (případně všechna příjmení a jména)		
D. Rodné číslo (nebo datum narození, nebylo-li rodné číslo přiděleno)		
Místo narození		
Pohlaví		
Trvalý nebo jiný pobyt (uveďte typ pobytu)		
Státní občanství		
Druh a číslo průkazu totožnosti		
Doba platnosti		
Stát, případně orgán, který jej vydal		


Identifikaci v souladu s příslušnými ustanoveními zákona č. 253/2008 Sb., o některých opatřeních proti legalizaci výnosů z trestné činnosti a financování terorismu, za Pojišťovnu České spořitelny, a.s., Vienna Insurance Group, se sídlem Pardubice, nám. Republiky 115, PSČ 530 02, IČ 47452820, zapsanou v OR vedeném v Hradci Králové 1. 10. 1992 v oddílu B vložce 855, **provedl/a:**

Příjmení a jméno _____  _____ Telefon _____ 
(vyplňte hůlkovým písmem)

Identifikace partnera (HR) _____  _____
Identifikace poradce _____ 

Aby identifikace byla platná, je nezbytně nutné vyplnit oba identifikační údaje.

Prohlašuji, že jsem současně ověřil/a shodu podoby výše uvedené fyzické osoby s vyobrazením v průkazu totožnosti.

Datum zaznamenání a ověření _____ Podpis osoby, která provedla identifikaci _____ 

Pozn. Pro případ provedení identifikace podnikající fyzické osoby nebo právnické osoby vyplňte prosím tuto identifikaci na tiskopis Z1111.