

## Oznámení pojistné události (trvalá plná invalidita)

Vyplňte, prosím, první stranu tohoto formuláře ve všech bodech, o vyplnění Části III požádejte praktického lékaře. K vyplněnému formuláři přiložte, prosím, fotokopii „Záznam o jednání – Posouzení zdravotního stavu ve smyslu ustanovení § 8 zákona č. 581/1991 Sb“ České správy sociálního zabezpečení (dokument je součástí Vaší zdravotní dokumentace lékaře navrhujícího Váš invalidní důchod, pokud jste svým podpisem u komise dal(a) souhlas a svolení k zaslání zápisu z jednání tomuto lékaři, případně pro Vaši potřebu Vám ji může poskytnout Česká správa sociálního zabezpečení) a vše zašlete na níže uvedenou adresu. Vyplnění tohoto formuláře neznamená automaticky přiznání nároku na pojistné plnění.

### ČÁST I VYPLNÍ POJIŠTĚNÝ

	Pojistník:	Pojištěný (není-li totožný s pojistníkem):
Jméno a příjmení, titul:		
Rodné číslo nebo datum narození:		
Adresa trvalého bydliště:		
	PSČ:	PSČ:
	telefonní číslo:	telefonní číslo:
Případné pojistné plnění požadují zaslat na: <i>Pokud výše plnění přesáhne 50.000,- Kč, je možné poukázat částku pouze na bankovní účet (vyžaduje se úředně ověřený podpis pojistníka/pojištěného na samostatném formuláři, zasílaném až po přiznání plnění). U nižších částek lze uvést adresu, na kterou má být plnění zasláno poštovní šekovou poukázkou.</i>	Účet číslo:	
	Adresu (je-li odlišná od adresy trvalého bydliště) :	
Pojistná smlouva číslo:		

Trvalá plná invalidita byla způsobena:	Úrazem <input type="checkbox"/>	Onemocněním: <input type="checkbox"/>
Vyskytly se v době úrazu nějaké komplikace nebo onemocnění, které zhoršily jeho následky?	Datum:	
Byl(a) jste již v minulosti vyšetřován(a) a/nebo léčen(a) pro stejný nebo podobné onemocnění? <i>Pokud ano, uveďte podrobnosti:</i>		
Jméno a adresa praktického lékaře, který podal návrh na přiznání invalidního důchodu:		
V případě úrazu uveďte datum a popište, prosím, podrobně a souvisle za jakých okolností k úrazu došlo a jakou činnost jste v době úrazu vykonával(a)?		
Jméno a adresa lékaře, který Vás ošetřoval v souvislosti s popsáním úrazem a který má k dispozici odpovídající zdravotní dokumentaci		
Vyšetřovala úraz policie? <i>Pokud ano, uveďte, prosím, adresu útvaru, číslo jednací, jméno vyšetřovatele:</i>	Ne <input type="checkbox"/>	Ano <input type="checkbox"/>
Pobíráte v současnosti invalidní důchod? <i>Pokud ano, uveďte, prosím, datum jeho přiznání a druh:</i>	Ne <input type="checkbox"/>	Ano <input type="checkbox"/>

### ČÁST II PROHLÁŠENÍ POJIŠTĚNÉHO

Já, níže podepsaný(á), prohlašuji, že veškeré údaje a prohlášení uvedené v tomto formuláři či jinak mnou poskytnuté v souvislosti s tímto oznámením jsou pravdivé a byly učiněny a uvedeny dle mého nejlepšího vědomí a svědomí, a beru na vědomí, že pokud by tomu tak nebylo, je pojistitel oprávněn snížit nebo odmítnout pojistné plnění.

Souhlasím výslovně s tím a zmocňuji pojistitele k tomu, aby vyžadoval, získával, přebíral a zpracovával lékařské informace a zdravotnickou dokumentaci od kteréhokoli lékaře (který mě ošetřoval v jakékoli záležitosti týkající se mého fyzického či duševního zdraví), a tímto tyto lékaře, v souvislosti se zjišťováním rozsahu plnění, zmocňuji a autorizuji k podávání takových informací a k zasílání zdravotnické dokumentace pojistiteli a zprošťuji je výslovně jejich povinnosti zachovávat mlčenlivost jinak jim uložené. V případě potřeby souhlasím s lékařským vyšetřením mé osoby v rozsahu stanoveném pojistitelem, které bude provedeno odborným zdravotnickým zařízením (lékařem) určeným pojistitelem. Rovněž souhlasím s tím, aby pojistitel vyžadoval a získával potřebné informace v jakékoli pojišťovně, se kterou bylo jednáno o uzavření smlouvy o životním pojištění a / nebo o pojištění mé osoby, a tímto tyto zmocňuji a autorizuji k podávání takových informací. Dále souhlasím s tím, aby pojistitel nahlížel do spisů orgánů státní správy a samosprávy týkajících se událostí, jež by mohly mít za následek vznik pojistné události.

Beru na vědomí, že mnou dobrovolně poskytnuté osobní údaje jsou nezbytné pro provedení likvidace oznámení pojistné události. Ve smyslu zákona č. 101/2000 Sb., o ochraně osobních údajů poskytují pojistitelé (správci) výslovný souhlas se zpracováním osobních údajů obsažených v tomto formuláři nebo jinak poskytnutých v souvislosti s tímto oznámením, včetně citlivých údajů o zdravotním stavu, a to včetně jejich předávání zajišťitelům do jiných států. Souhlas poskytuji na celou dobu účinnosti a / nebo platnosti pojistného vztahu a dále na dobu, po kterou je pojistitel povinen údaje uchovávat podle zvláštního právního předpisu, a to vždy za účelem administrace pojistné smlouvy. Prohlašuji, že jsem byl(a) řádně informován(a) o zpracování svých osobních údajů, o svých právech a o povinnostech zpracovatelů údajů.

.....  
Datum

.....  
Podpis pojištěného

**ČÁST III ZPRÁVA OŠETŘUJÍCÍHO LÉKAŘE (trvalá plná invalidita)****Případné výdaje spojené s vyplněním tohoto formuláře hradí pojištěný.**

Jméno a příjmení pojištěné(ho):	
Rodné číslo:	

Datum počátku a ukončení pracovní neschopnosti:	Od:	Do:
Datum přiznání plného invalidního důchodu:	Datum:	

**Je-li důvodem trvalé plné invalidity onemocnění, uveďte, prosím, dále:**

Kdy se objevily první potíže onemocnění, které vedlo k invaliditě a popište jejich charakter:	Datum:
Uveďte, prosím, přesnou slovní diagnózu onemocnění, které je důvodem přiznání trvalé plné invalidity pojištěného:	
Kdy a kým byla poprvé stanovena diagnóza výše uvedeného onemocnění?	
Byl(a) pojištěný(á) již v minulosti vyšetřován(a) a/nebo léčen(a) pro stejné a/nebo podobné potíže? Resp. bylo pojištěné(mu) již v minulosti diagnostikováno toto onemocnění nebo jemu podobné? <i>Pokud ano, uveďte podrobnosti:</i>	

**Je-li důvodem trvalé plné invalidity úraz, uveďte, prosím, dále:**

Kdy došlo k úrazu?	Datum / hodina:
Co uvedl pojištěný(á) jako příčinu úrazu?	
Uveďte, prosím, slovní diagnózu všech tělesných poškození způsobené úrazem (Ize-li, pak i kód diagnózy podle MKN-10):	
Byl(a) pojištěný(á) v době úrazu pod vlivem alkoholu nebo jiných návykových látek? <i>Pokud ano, uveďte podrobnosti (koncentrace, tělní tekutina a druh NL):</i>	
Byla úrazem postižená část těla již dříve poškozena jiným úrazem nebo nějakým onemocněním? <i>Pokud ano, uveďte podrobnosti:</i>	
Vyskytly se v době úrazu nějaké komplikace nebo onemocnění, které zhoršily jeho následky?	
Má vliv na celkový rozsah poškození jakékoliv onemocnění, které s úrazem nesouvisí? <i>Pokud ano, uveďte, prosím, o jaké onemocnění se jedná (např. DM, ...)</i>	

Popište, prosím, stručně dosavadní způsob léčby včetně plánované léčby:	
Popište současný zdravotní stav pojištěné(ho) včetně prognózy:	
Adresa zdravotnických zařízení, kde se pojištěný(á) léčil(a), byl(a) vyšetřován(a) resp. hospitalizován(a):	

**Přiložte fotokopie odborných nálezů, RTG popisu, popř. fotokopie dalších vyšetření, které pojištěný(á) absolvoval(a).**

..... <i>Datum</i>	..... <i>Razítko a podpis ošetřujícího lékaře</i>
-----------------------	--