



Oznámení škodní události – nemoc



Pojistitel

Youplus Insurance International Aktiengesellschaft, pobočka pro Českou republiku, IČ: 078 12 299, se sídlem náměstí I. P. Pavlova 1789/5, Nové Město, 120 00 Praha, Česká republika

Kontaktní adresa: YOUPLUS, Vlněna Office Park, Přízova 5, 602 00 Brno.

Tento formulář slouží pro oznámení škodní události, vzniklé v důsledku onemocnění pojištěného.

Pokud byla nemoc již v minulosti oznámena a jde pouze o uplatnění dalších nároků, vyplňte pouze číslo pojistné události a aktuální identifikační a kontaktní údaje pojištěného v části 1. a dále příslušný oddíl v části 3.

Informace k uplatňování práva na pojistné plnění

Pokyny pro doručení oznámení

Oznámení spolu s potřebnými přílohami vyjmenovanými níže nám můžete doručit prostřednictvím pojišťovacího zprostředkovatele, nebo zasláním na naši kontaktní adresu uvedenou v záhlaví formuláře.

Vytiskněte a naskenované, nebo elektronickým podpisem podepsané oznámení je možné zaslat také prostřednictvím elektronické podatelny, umístěné na našich webových stránkách www.youplus.cz. Dokumenty, které vyžadujeme doložit v ověřené kopii, nebo které obsahují úředně ověřený podpis, a dále originál veřejné listiny o identifikaci oprávněných osob, je však v takovém případě nezbytné dodatečně nám doručit i fyzicky.

Dokumenty nezbytné k likvidaci události

Abychom mohli událost vyřídit co nejdříve, k oznámení nám prosím přiložte také následující dokumenty (seznam můžete využít i jako checklist). V závislosti na povaze uplatňovaného nároku, konkrétním onemocnění nebo i výši požadovaného plnění můžeme požadovat doložení dalších dokumentů, nebo i podstoupení prohlídky pojištěného v námi určeném zdravotnickém zařízení nebo lékařem.

Uplatňovaný nárok	Potřebné dokumenty
Ke všem nárokům je nezbytné doložit	<input type="checkbox"/> řádně vyplněný formulář oznámení nemoci; <input type="checkbox"/> lékařem vyplněný formulář „Lékařská zpráva k oznámení škodní události – nemoc“, pokud si ho vyžádáme <input type="checkbox"/> lékařské zprávy z prvního ošetření nemoci; <input type="checkbox"/> lékařské zprávy z celého průběhu léčení;
Chirurgický zákrok	<input type="checkbox"/> doložte kopie všech lékařských zpráv, které s tímto zákrokem souvisí, včetně propouštěcí zprávy z nemocnice a operačního protokolu, pokud není zahrnut do propouštěcí zprávy.
Hospitalizace	<input type="checkbox"/> vyplňte oddíl 1. Hospitalizace v části 3. tohoto formuláře. <input type="checkbox"/> doložte dokumenty z průběhu hospitalizace, včetně propouštěcí zprávy.
Pracovní neschopnost	<input type="checkbox"/> vyplňte oddíl 2. Pracovní neschopnost v části 3. tohoto formuláře. <input type="checkbox"/> doložte Rozhodnutí o vzniku (a ukončení) dočasné pracovní neschopnosti a lékařské zprávy z průběhu léčení v pracovní neschopnosti <input type="checkbox"/> doložte existenci pracovního poměru nebo samostatné výdělečné činnosti a z nich plynoucích příjmů ke dni předcházejícímu den vzniku události; Dbejte prosím na včasné nahlášení události ve lhůtách vyžadovaných pojistnými podmínkami. V případě pozdního oznámení může být pojistné plnění kráceno!
Invalidita	<input type="checkbox"/> vyplňte oddíl 3. Invalidita v části 3. tohoto formuláře. <input type="checkbox"/> doložte posudek o invaliditě posudkového lékaře ČSSZ, nebo lékařské zprávy, pokud nemůže být posudek o invaliditě podle právních předpisů ČR vystaven;
Závažné onemocnění	<input type="checkbox"/> vyplňte oddíl 4. Závažné onemocnění v části 3. tohoto formuláře.

Identifikace pojištěného

V souladu se zákonem 253/2008 Sb., o některých opatřeních proti legalizaci výnosů z trestné činnosti a financování terorismu jsme povinni provést identifikaci oprávněné osoby z životního pojištění. Identifikace se provádí v případě, kdy pojistné plnění přesahuje částku 24 000,- Kč a pokud jsme pojištěného neidentifikovali při vzniku pojistné smlouvy nebo během jejího trvání. Identifikaci pojištěného je oprávněn provést náš smluvní pojišťovací zprostředkovatel, případně také notář, obecní úřad nebo kontaktní místo veřejné správy. Provedení identifikace, s výjimkou identifikace zprostředkovatelem, je zpoplatněno částkou 200,-Kč, kterou hradí oprávněná osoba. Identifikace pojištěného zpravidla neproběhla v případě pojistných smluv sjednaných na dálku.

Pro identifikaci naším zprostředkovatelem můžete využít formulář dostupný přímo u zprostředkovatele. Kontaktní údaje správce pojistné smlouvy má k dispozici pojistník, případně Vám je sdělíme na Vaši žádost.

Náklady spojené s uplatněním práva na pojistné plnění

Všechny náklady spojené s uplatněním práva na pojistné plnění nese osoba uplatňující právo na plnění.

Pojistitel

Youplus Insurance International Aktiengesellschaft, pobočka pro Českou republiku, IČ: 078 12 299, se sídlem náměstí I. P. Pavlova 1789/5, Nové Město, 120 00 Praha, Česká republika

Kontaktní adresa: YOUPLUS, Vlněna Office Park, Přízova 5, 602 00 Brno.

1. Údaje o pojištěném a pojistné smlouvě

Pojistná smlouva/Pojistná událost č.

Pojištěný

Příjmení, jméno, titul	Rodné číslo
E-mail*	Telefon
Adresa trvalého pobytu	

* Prosím vyplňte emailovou adresu, prostřednictvím které můžeme s pojištěným komunikovat ohledně vyřizování této události.

Povolání v době vzniku nemoci	Od (mm/rrrr)
Je pojištěný pojištěn pro případ nemoci i u jiného pojistitele? <input type="checkbox"/> Ne <input type="checkbox"/> Ano, název pojistitele:	
Uvedte jméno a adresu praktického lékaře pojištěného	

2. Údaje o nemoci

Okolnosti nemoci

Diagnóza onemocnění		Uvedte v souvislosti s jakou nemocí uplatňujete právo na plnění z pojištění.
První příznaky onemocnění	První příznaky se objevily dne	Uvedte prosím přesně, kdy se objevily první příznaky onemocnění a popište je.
	Popis	
Jedná se o nemoc z povolání ve smyslu pracovněprávních předpisů?		<input type="checkbox"/> Ano <input type="checkbox"/> Ne

Léčba nemoci

Datum diagnózy	Uvedte prosím přesný datum, kdy došlo k určení diagnózy onemocnění. Doložte příslušnou lékařskou zprávu.
Název a adresa zdravotnického zařízení (diagnóza)	Uvedte název a adresu zdravotnického zařízení, případně i jméno ošetřujícího lékaře, který onemocnění diagnostikoval.
Ošetřující lékař/zdravotnické zařízení (následná léčba)	Pokud jste se s onemocněním dále léčil/a, uveďte prosím jméno ošetřujícího lékaře a název a adresu zdravotnického zařízení, kde probíhala následná léčba onemocnění. Pokud jich bylo více, uveďte všechny a doložte léčbu lékařskými zprávami.

Další informace

Byl pojištěný za posledních 5 let kvůli poranění nebo onemocnění v lékařském ošetřování?	<input type="checkbox"/> Ano <input type="checkbox"/> Ne	Uvedte prosím, zda pojištěný v posledních 5 letech před vznikem onemocnění podstoupil léčení v důsledku jiného úrazu nebo onemocnění. Pokud ano, uveďte prosím i diagnózu.
--	--	--

3. Údaje k uplatňovaným nárokům z pojištění

Uveďte, jaké nároky budete v souvislosti s onemocněním uplatňovat a vyplňte prosím příslušné oddíly formuláře, které se vztahují k uplatňovaným nárokům:

chirurgický zákrok;
 hospitalizace;
 závažné onemocnění;
 invalidita;
 pracovní neschopnost;

1. Hospitalizace (pobyt v nemocnici)

Doba trvání hospitalizace	1. hospitalizace probíhala od:	Doložte prosím kopii propouštěcí zprávy z každé z hospitalizací.
	1. hospitalizace byla ukončena:	
	2. hospitalizace probíhala od:	
	2. hospitalizace byla ukončena:	
Název a adresa nemocnice		Uveďte název a adresu nemocnice nebo nemocnic, kde hospitalizace probíhala.
Pokračovala léčba v rehabilitačním zařízení? <input type="checkbox"/> Ano <input type="checkbox"/> Ne		Pokud léčba pokračovala v rehabilitačním zařízení, uveďte dobu trvání a doložte příslušnou lékařskou zprávu.
Léčení probíhalo od:		
Léčení bylo ukončeno:		

2. Pracovní neschopnost

Doba trvání pracovní neschopnosti	Pracovní neschopnost trvala od:	Uveďte datum počátku a konce trvání pracovní neschopnosti. Její důvodné trvání je nutné doložit lékařskými zprávami a potvrzením o pracovní neschopnosti.
	<input type="checkbox"/> Pracovní neschopnost dosud trvá Pracovní neschopnost byla ukončena:	
Ekonomická činnost	<input type="checkbox"/> zaměstnanec na základě pracovní smlouvy; <input type="checkbox"/> samostatná výdělečná činnost; <input type="checkbox"/> jiné: <input type="checkbox"/> mateřská dovolená <input type="checkbox"/> invalidní důchod <input type="checkbox"/> starobní důchod <input type="checkbox"/> nezaměstnaný	Uveďte hlavní zdroj Vašich příjmů ke dni předcházejícímu dni vzniku pracovní neschopnosti. Pokud pojištěný v době vzniku pojistné události neměl příjmy z vlastní výdělečné činnosti, právo na plnění nevzniká.
	Od: <input type="text"/>	
	Příjem pojištěného	
Došlo v souvislosti s pracovní neschopností ke ztrátě na výdělku? <input type="checkbox"/> Ano <input type="checkbox"/> Ne		

3. Invalidita

Datum vzniku invalidity dle posudku	<input type="checkbox"/> Posudek nemohl být vystaven podle právních předpisů ČR.	Uveďte datum, které je dle posudku o invaliditě datem vzniku invalidity. Pokud posudek pojištěnému nemůže být vystaven podle právních předpisů ČR, uveďte tuto skutečnost.
Míra poklesu pracovní schopnosti	<input type="checkbox"/> 35 - 49% (1. stupeň); <input type="checkbox"/> 70% a více (3. stupeň); <input type="checkbox"/> 50 - 69% (2. stupeň); <input type="checkbox"/> nebylo určeno;	Uveďte datum počátku a konce trvání pracovní neschopnosti. Její důvodné trvání je nutné doložit lékařskými zprávami a potvrzením o pracovní neschopnosti.
Byla pojištěnému přiznána invalidita již v minulosti? <input type="checkbox"/> Ano <input type="checkbox"/> Ne		
	Stupeň invalidity:	
	Invalidita trvala od: do:	

4. Závažná onemocnění

Název diagnózy

Uvedte název diagnózy podle příslušných pojistných podmínek.

4. Údaje k uplatňovaným nárokům z pojištění

Číslo účtu, na který má být zasláno pojistné plnění

Majitel účtu:

Uvedte číslo účtu, na který máme zaslat pojistné plnění. Pojistné plnění zašleme na účty vedené v České republice. Za účelem naší ochrany Vás můžeme požádat o sdělení čísla účtu s ověřeným podpisem.

5. Údaje o oznamovateli
Oznamovatel

- Pojištěný
- Zástupce pojištěného (přiložte plnou moc, rodný list dítěte nebo jiný dokument, prokazující zastoupení v rozsahu nezbytném pro uplatnění práva na plnění z pojištění)
- Jiná osoba s právním zájmem na plnění

Údaje o oznamovateli odlišném od pojištěného

Příjmení, jméno, titul

Rodné číslo

E-mail

Telefon

Adresa trvalého pobytu

Důvod právního zájmu

6. Prohlášení

Podpisem tohoto formuláře potvrzuji, že jsem údaje v tomto formuláři vyplnil/a úplně a správně a jsem si vědom/a následku uvedení vědomě nepravdivých nebo hrubě zkreslených podstatných údajů týkajících se vzniku nebo rozsahu oznámené události, včetně zamlčení údajů týkajících se této události, zejm. práva pojistitele na náhradu vzniklých nákladů a trestní odpovědnosti podle § 210 zák. 40/2009 Sb., trestního zákoníku. Beru na vědomí, že osobní údaje uvedené v tomto formuláři, včetně údajů o zdravotním stavu pojištěného, zpracovává pojistitel i bez souhlasu jejich subjektů, a to zejména za účelem určení právních nároků z uzavřené pojistné smlouvy, případně pro určení, výkon nebo obhajobu našich právních nároků. Informace o zpracování osobních údajů a právech subjektů údajů jsou uvedeny na www.youplus.cz.

- Já, níže podepsaný pojištěný (příp. zástupce pojištěného jeho jménem) podpisem tohoto dokumentu uděluji pojistiteli Youplus Insurance International AG, pobočka pro Českou republiku, IČ: 078 12 299, souhlas ve smyslu § 2828 zák. 89/2012 Sb., občanského zákoníku, aby v souvislosti se šetřením pojistné události, zjišťoval údaje o mém zdravotním stavu, nebo o příčině smrti, a za tímto účelem činil dotazy ohledně mého zdravotního stavu nebo příčiny smrti u příslušných lékařů a/nebo zdravotnických zařízení a žádal tyto lékaře a/nebo zdravotnická zařízení o poskytnutí zpráv, pořizování výpisů nebo opisů ze zdravotnické dokumentace vedené o mé osobě, popř. z jiných zápisů, které se vztahují k mému zdravotnímu stavu, a to i po mé smrti. Zároveň v souladu s § 51, odst. 2, písm. b) zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách zprošťuji příslušného lékaře a/nebo zdravotnické zařízení, kteří se dozvěděli skutečnosti o mém zdravotním stavu nebo příčinách smrti, aby pojistiteli na jeho žádost, v rozsahu výše uvedeného zproštění, poskytli požadované informace tak, jak jsou povinni je poskytovat pacientovi podle § 65 odst. 1 tohoto zákona.

Datum a podpis

Podpis:

Datum: