

hlášení škodní události.

1 / 4
Hlášení škodní události
Úraz
Platné od 27. 1. 2025

Pojištěný

Jméno	Příjmení	Titul před jménem	Titul za jménem
Typ identifikačního údaje	Identifikační údaj	Datum narození	

Zákonný zástupce/zmocněná osoba

Jméno	Příjmení	Titul před jménem	Titul za jménem
Typ identifikačního údaje	Identifikační údaj	Datum narození	

Osoba ohlašující škodní událost

Škodní událost hlásí:	Pojištěný	Zákonný zástupce/zmocněná osoba	Jiná osoba
Jméno	Příjmení	Titul před jménem	Titul za jménem
Datum narození	Telefon	E-mail	

Popis události

Datum úrazu Datum první návštěvy lékaře

K úrazu došlo pod vlivem alkoholu či omamné nebo psychotropní látky Ano
Ne

Jak k úrazu došlo

Událost byla vyšetřována policií Ano
Ne

Adresa policie, která věc šetřila, číslo jednací, jméno vyšetřovatele a telefon

K úrazu došlo při sportu Ano
Ne

Název sportu Úroveň sportu

Úraz zanechal trvalý následek Ano
Ne

Jaký trvalý následek úraz zanechal včetně podrobností (zejména část těla včetně určení vpravo nebo vlevo)

Léčba byla ukončena Ano
Ne

Datum ukončení léčení úrazu

Pracovní neschopnost (PN)/ošetřovačka v souvislosti s úrazem Ano
Ne

i Pokud jste byl/a v pracovní neschopnosti, přiložte prosím kopii Potvrzení o dočasné pracovní neschopnosti.
i Pokud bylo vystaveno Rozhodnutí o potřebě ošetřování (péče) o pojištěného, tento dokument přiložte.

Datum počátku PN/ošetřovačky Datum konce PN/ošetřovačky

Stále trvá

Datum počátku PN/ošetřovačky Datum počátku PN/ošetřovačky

Stále trvá

Povolání v době škodní události Typ pracovního poměru v době škodní události

Požaduji vyplatit zálohové plnění z pojištění pracovní neschopnosti/ošetřovného Ano Ne

Přiznána invalidita Českou správou sociálního zabezpečení Ano
Ne

i Pokud ano, přiložte prosím kopii rozhodnutí o přiznání stupně invalidity, stupně závislosti, nároku na invalidní důchod a/nebo nároku na příspěvek na péči, vydaného ČSSZ.

Splňuji podmínky závislosti na péči	☐ Ano					
	☐ Ne					
Mám závislost na péči již přiznanou	☐ Ano, ve stupni	☐ I	☐ II	☐ III	☐ IV	☐  Pokud ano, přiložte prosím kopii rozhodnutí o přiznání stupně závislosti Úřadem práce ČR
	☐ Ne					
Mám zažádáno o přiznání/přehodnocení stupně závislosti na péči	☐ Ano	☐  Pokud ano, přiložte prosím kopii žádosti o přiznání/přehodnocení stupně závislosti na péči podanou na Úřad práce ČR				
	☐ Ne					
Požaduji umístění v pobytovém zařízení	☐ Ano					
	☐ Ne					

Účet pro výplatu pojistného plnění

Číslo účtu

Kód banky

- /

Prohlášení

Svým podpisem potvrzuji, že vyplněné údaje jsou pravdivé, úplné a správné.

Datum

Podpis osoby hlásící škodní událost

Vysvětlivky

Osoba ohlašující pojistnou událost – osoba, která pojistnou událost hlásí.

Typ identifikačního údaje – uveďte slovně typ identifikačního údaje. Typem identifikačního údaje rozumíme například české rodné číslo, slovenské rodné číslo, PESEL, případně jiný unikátní typ identifikace používaný v příslušné zemi. Do pole identifikační údaj následně uveďte číselný identifikátor.

Úroveň sportu

Rekreační – provozování daného sportu v průměrném rozsahu maximálně 8 hodin měsíčně a současně bez účasti v soutěžích (zahrnuje rovněž obdobné aktivity vykonávané příležitostně v rámci zaměstnání a zážitkové akce)

Amatérská – provozování daného sportu v průměrném rozsahu víc než 8 hodin měsíčně nebo s účastí v jakýchkoli soutěžích, pokud není převážným zdrojem příjmu pojištěného

Nejvyšší – provozování daného sportu s účastí v jakýchkoli soutěžích, pokud je převážným zdrojem příjmu pojištěného

Poučení o ochraně osobních údajů

Simplea pojišťovna, a.s. (dále jen jako „Správce“) zpracovává Vaše osobní údaje v souladu s Nařízením 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) a zákona č. 110/2019 Sb., o zpracování osobních údajů ve znění pozdějších předpisů.

Poskytnutí Vašich osobních údajů, v rozsahu uvedeném v tomto formuláři, je nezbytné k poskytování životního pojištění ze strany Správce v rámci smluvního vztahu založeného na základě smlouvy o životním pojištění, bez kterých bychom nebyli schopni vyplácet plnění. Osobní údaje jsou zpracovávány za účelem plnění smlouvy dle ustanovení čl. 6. odst. 1 písm. b) GDPR a za účelem plnění právní povinnosti dle ustanovení čl. 6 písm. c) GDPR, která je stanovena zákonem č. 253/2008 Sb., o některých opatřeních proti legalizaci výnosů z trestné činnosti a financování terorismu ve znění pozdějších předpisů.

Správce zpracovává a uchovává osobní údaje do doby uplynutí deseti let po skončení smluvního vztahu. Správce má právo pověřit zpracováváním osobních údajů zpracovatele, který se správcem uzavřel zpracovatelskou smlouvu a poskytuje dostatečné záruky ochrany Vašich osobních údajů. Správce zpracovává osobní údaje na území EU (EHP) a nepředává je do třetích zemí. Subjekt údajů má právo vznést kdykoli námitku vůči zpracování osobních údajů, právo získat od správce potvrzení, zda osobní údaje jsou či nejsou správcem zpracovávány, právo na to, aby správce omezil zpracování osobních údajů, pokud je dán některý ze zákonných důvodů, právo, aby správce bez zbytečného odkladu vymazal osobní údaje, které se týkají subjektu údajů, pokud je dán některý ze zákonných důvodů, právo podat stížnost u Úřadu pro ochranu osobních údajů (www.uoou.cz).