

Kontaktní adresa

**ČSOB Pojišťovna, a. s., člen holdingu ČSOB**  
**Masarykovo náměstí 1458**  
**532 18 Pardubice**

## Oznámení pojistné události

### Úmrtí pojištěného

K urychlení průběhu likvidace pomůže, pokud současně s oznámením budou doloženy jakékoliv doklady s údaji vztahující se k předmětnému úmrtí.  
Po vyplnění přední strany oznámení předejte toto k doplnění zadní strany lékaři, u něhož měl zesnulý vedenu kompletní zdravotní dokumentaci. Lékaře požádejte o zaslání vyplněného oznámení pojistiteli.

#### Pojistná smlouva (čísla všech pojistných smluv zesnulého pojištěného)

Číslo	Datum uzavření smlouvy	Číslo	Datum uzavření smlouvy
Číslo	Datum uzavření smlouvy	Číslo	Datum uzavření smlouvy

#### A. Osobní údaje hláštěle

Příjmení a jméno	Příbuzenský či jiný vztah	Rodné číslo
Adresa trvalého bydliště (kontaktní adresa)	PSČ	Telefon domů/zaměstnání

#### B. Osobní údaje zesnulého pojištěného (poškozeného)

Příjmení a jméno zesnulého	Rodné číslo
Adresa zesnulého	PSČ

#### C. Údaje o události

Úmrtí	Datum úmrtí
Příčina úmrtí (označte) <input type="checkbox"/> nemoc <input type="checkbox"/> úraz <input type="checkbox"/> sebevražda <input type="checkbox"/> vražda	

#### D. Příložené doklady

1) Nutné k zahájení likvidace		2) Podporující ukončení likvidace						
Příloženo ANO	NE	Název dokladu	Příloženo ANO	NE	Název dokladu			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ověřená kopie úmrtního listu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Soudní rozhodnutí – dědictví	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Lékařská zpráva
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Originál pojistky	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Soudní rozhodnutí – opatrovnictví	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Pitevní protokol
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Soudní rozhodnutí – trestný čin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	List o prohlídce mrtvého
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Rozhodnutí správního orgánu			
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Jiné (uveďte název):			
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Šetřila Policie ČR nebo jiný subjekt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Pokud ANO je příložen(o) protokol či usnesení?

## E. Údaje o lékařích (vyplňte pokud jsou Vám známy)

Praktický lékař, u kterého byl zesnulý pojištěný zaregistrován, resp. kde měl zesnulý vedenu kompletní zdravotní dokumentaci:

jméno a příjmení lékaře  
ulice, číslo, místo ordinace  
telefon

Ženský lékař – gynekolog, u kterého byla zesnulá zaregistrována (vyplnit pouze v případě úmrtí ženy a byly-li gynekologické potíže příčinou úmrtí nebo s ním související):

jméno a příjmení lékaře  
ulice, číslo, místo ordinace  
telefon

Odborný lékař či lékařské zařízení, kde se zesnulý pojištěný léčil v souvislosti s příčinou úmrtí:

jméno a příjmení lékaře  
ulice, číslo, místo ordinace  
telefon

## Prohlášení a identifikace hlásitele

Prohlašuji, že všechny mé odpovědi na písemně položené dotazy pojistitele uvedené v tomto tiskopise jsou pravdivé a úplné a jsem si vědom důsledků nepravdivých odpovědí na povinnost pojistitele plnit.

Na základě zmocnění pojištěného uvedeného v prohlášení na pojistné smlouvě týkající se oprávnění lékařů sdělovat informace o zdravotním stavu a to i po smrti pojistiteli, souhlasím s poskytnutím těchto údajů.

V souladu se zákonem č.101/2000 Sb., o ochraně osobních údajů, ve znění pozdějších předpisů (dále jen „zákon“), výslovně souhlasím, aby mé osobní údaje byly pojistitelem zpracovány v rámci činnosti v pojišťovnictví a činnosti související s pojišťovací činností podle zák. č. 363/1999 Sb., o pojišťovnictví, ve znění pozdějších předpisů, a to po dobu nezbytně nutnou k zajištění všech práv a povinností plynoucích ze závazkového vztahu. Veškeré poskytnuté údaje bude zpracovávat pojistitel nebo zpracovatel registrovaný v souladu s § 16 zákona Úřadem pro ochranu osobních údajů. Prohlašuji, že jsem byl v souladu se zákonem řádně informován o zpracování mých osobních údajů. Na důkaz svého souhlasu s výše uvedeným, připojuji k tomuto prohlášení svůj podpis.

V ..... dne .....

.....  
Podpis hlásitele  
(předkládá-li tiskopis)

# Zpráva ošetřujícího lékaře

Poskytnutí údajů je v souladu se souhlasem zesnulého pojištěného, uvedeného v prohlášení na pojistné smlouvě a v souladu se souhlasem hlásitele (viz přední strana formuláře). Zpráva je požadována za účelem šetření nutného ke zjištění rozsahu povinnosti pojistitele plnit, resp. za účelem objektivizace rozsahu nároků vyplývajících ze smluvního vztahu uzavřeného se zesnulým pojištěným.

## A. Osobní údaje zesnulého

Příjmení a jméno zesnulého

Rodné číslo

## B. Údaje lékaře – výpis ze zdravotní dokumentace

1. Datum a místo úmrtí dle zdravotní dokumentace
2. Na jakou nemoc jmenovaný zemřel? (DG klinická, laboratorní, sekční)
3. Byla tato nemoc komplikací nebo následkem jiné nemoci a které?
4. Kdy byla nemoc uvedena ad 2) a ad3) poprvé zjištěna?
5. Kdy jste převzal zesnulého do své lékařské péče (léčení, vyšetření)? Od kdy máte vedenu jeho zdravotní dokumentaci?
6. Uveďte ostatní lékaře (ústavy) u nichž se zesnulý léčil a z jakého důvodu, pro jakou DG?
7. Byl zesnulý ke dni uzavření pojistné smlouvy (viz. přední strana tiskopisu – pokud je uvedeno více smluv, je nutné vždy údaj vztáhnout individuálně k jednotlivým datům), uznán lékařem neschopným práce nebo upoután na lůžko a z jakých důvodů, pro jakou DG? Případně pobíral k tomuto datu invalidní důchod? Pokud ano, od kdy a jaký?
8. Byl zesnulý v období pěti let před uzavřením pojistné smlouvy (viz. přední strana tiskopisu – pokud je uvedeno více smluv, je nutné vždy údaj vztáhnout individuálně k jednotlivým datům), pro nemoc nebo následky úrazu alespoň 6 týdnů nepřetržitě neschopen práce? Z jakého důvodu, DG? Případně uveďte, zda prodělal nějakou operaci. Pokud ano, uveďte jakou a kdy.

## C. Jiné sdělení lékaře

Potvrzuji, že údaje v této lékařské zprávě se týkají zesnulého pojištěného uvedeného na první straně tohoto formuláře.

Forma proplacení honoráře za vyplnění tiskopisu

- na základě vystavené faktury  
 placeno klientem  
 na základě smluvního vztahu s pojišťovnou

Pro správné umístění platby proveďte identifikaci čitelně.

Kód lékaře přidělený pojišťovnou (pokud je Vám znám)	IČ (pokud existuje)
V	Dne

.....  
Razítko a podpis lékaře