ČSOB Pojišťovna, a. s., člen holdingu ČSOB
Masarykovo náměstí 1458, 532 18 Pardubice
tel.: **466 100 777**, fax: 467 007 444,
e-mail: **info@csobpoj.cz**, **www.csobpoj.cz**

1 milion klientů pod naší ochranou

Životní pojištění

Záznamy pojistitele

Oznámení pojistné události
Invalidita

Tento formulář nejprve vyplňte ve všech částech. Pak k němu přiložte podklady nezbytné k prokázání vzniku nároku na pojistné plnění, jejichž seznam je uveden v části 3 a požádejte svého ošetřujícího lékaře o vyplnění lékařské zprávy. Všechny doklady pošlete neprodleně na adresu ČSOB Pojišťovny uvedenou v záhlaví nebo elektornicky na info@csobpoj.cz. Jestliže potvrzujete trvání příslušného stupně invalidity po 24 měsících od jeho přiznání, nebo přiznání nároku na nezbytnou péči, vyznačte tuto skutečnost v části 2 a z požadovaných dokumentů doložte jen potvrzení o trvání invalidity od správy sociálního zabezpečení nebo potvrzení o přiznání nároku na nezbytnou péči od Úřadu práce.

Část 1 Pojistná smlouva (čísla pojistných smluv pojištěného, ze kterých uplatňuje nárok na plnění)

č.	č.	č. .....

Osobní údaje pojištěného

Jméno a příjmení		Rodné číslo	Zdravotní pojišťovna
Korespondenční adresa (název ulice, číslo popisné, obec)		PSČ	Telefon
E-mail	Stát místa narození, pokud je jiný než ČR	Stát trvalého pobytu, pokud je jiný než ČR	

Osobní údaje zplnomocněné osoby – oznamovatele (je-li odlišný od pojištěného)

Jméno a příjmení			Rodné číslo
Korespondenční adresa (název ulice, číslo popisné, obec)		PSČ	Telefon
E-mail	Stát místa narození, pokud je jiný než ČR	Stát trvalého pobytu, pokud je jiný než ČR	

Výplata pojistného plnění

☐	Plnění poukažte na účet	Číslo účtu	Kód banky	Specifický symbol	Variabilní symbol
☐	Plnění poukažte na adresu	☐ Adresa totožná s adresou pojištěného	☐ Adresa odlišná od adresy pojištěného (ulice, č.p., obec, PSČ)		

Část 2 Údaje o invaliditě

Přiznaný stupeň invalidity	☐ 1. stupeň	☐ 2. stupeň	☐ oznamuji daný stupeň invalidity poprvé
	☐ 3. stupeň	☐ nezbytná péče	☐ potvrzuji trvání invalidity po 24 měsících

Datum, ke kterému byl pojištěný uznán invalidním v příslušném stupni:

Nemoc ☐	Uveďte o jakou nemoc, pokud je důvodem invalidity, se jedná:			
	Jedná se o nemoc z povolání?	**NE** ☐	**ANO** ☐	
	Léčil se pojištěný v minulosti pro stejnou příčinu nebo mu byl v příčinné souvislosti přiznán některý stupeň invalidity?	**NE** ☐	**ANO** ☐	Pokud ANO, uveďte od kdy do kdy a k tomu příslušný stupeň invalidity.
Úraz ☐	Došlo k úrazu při sportu?	**NE** ☐	**ANO** ☐	Druh sportu
	Pokud ANO, jednalo se o profesionální sport?	**NE** ☐	**ANO** ☐	
	Došlo k úrazu při výkonu povolání?	**NE** ☐	**ANO** ☐	Pokud ANO, doložte záznam o pracovním úrazu.
	Vyšetřovala úraz policie?	**NE** ☐	**ANO** ☐	Pokud ANO, doložte konečné usnesení.
	Kdy a kde k úrazu došlo?	Datum:	Čas:	Místo:

CSOBP06M00000000

11 Z 2608

Popis úrazového děje:

Došlo k úrazu pod vlivem alkoholu nebo jiných omamných látek?	**NE** ☐	**ANO** ☐	
Byla poraněná část těla již před úrazem postižena?	**NE** ☐	**ANO** ☐	Pokud ANO, napište jak a kdy.

Jméno a příjmení: Adresa: Telefon:

Svědci přítomní úrazu:

Část 3 Přiložené doklady nezbytné k posouzení nároku na plnění z pojištění

Přiloženo ANO	Přiloženo NE	Název dokladu
☐	☐	Posudek o invaliditě
☐	☐	Rozhodnutí o přiznání nároku na nezbytnou péči, pokud je tento uplatňován
☐	☐	Konečné usnesení, pokud byla příčina invalidity úrazová a úraz vyšetřovala policie
Seznam dokladů, jejichž předložení umožní včasné ukončení šetření pojistné události		
☐	☐	Lékařské zprávy vztahující se k diagnózám, které jsou příčinou invalidity
☐	☐	Záznam o pracovním úrazu, pokud je příčinou invalidity

Uplatnil pojištěný nárok na pojistné plnění ze stejného důvodu i u jiného pojistitele? **NE** ☐ **ANO** ☐ Pokud ANO, uveďte název pojistitele.

Prohlášení

Pojištěného:

Prohlašuji, že všechny mé odpovědi na písemně položené dotazy pojistitele uvedené v tomto tiskopisu jsou pravdivé a úplné a jsem si vědom důsledků nepravdivých odpovědí na povinnost pojistitele plnit. V souladu se zákonem č. 101/2000 Sb., o ochraně osobních údajů (dále jen „zákon"), souhlasím, aby mé osobní údaje, včetně údajů o mém zdravotním stavu, byly pojistitelem zpracovávány v rámci činnosti v pojišťovnictví a činnosti související s pojišťovací činností podle zákona č. 277/2009 Sb., o pojišťovnictví, a to po dobu nezbytně nutnou k zajištění práv a povinností plynoucích ze závazkového vztahu. Ve smyslu zákona č. 133/2000 Sb., o evidenci obyvatel a o rodných číslech souhlasím s tím, aby ve stejném rozsahu, za stejným účelem a po stejnou dobu jako ostatní osobní údaje bylo využíváno rodné číslo, jehož jsem nositelem. Prohlašuji, že jsem byl v souladu se zákonem řádně informován o zpracování mých osobních údajů, svých právech a povinnostech zpracovatelů údajů. Veškeré poskytnuté údaje bude zpracovávat pojistitel nebo zpracovatel registrovaný v souladu s § 16 zákona Úřadem pro ochranu osobních údajů. Dále zmocňuji pojistitele, aby si pro potřebu šetření pojistné události vyžadoval veškeré informace a potřebnou zdravotní dokumentaci o mém zdravotním stavu a zavazuji se tuto zdravotní dokumentaci v případě potřeby pro pojistitele zajistit. Zároveň žádám a opravňuji tímto všechny dotazované ošetřující lékaře o uvedení přesné diagnózy. Na důkaz svého souhlasu s výše uvedeným zmocněním připojuji k tomuto prohlášení svůj podpis. Tímto zároveň lékaře, ústavy a zdravotnická zařízení, které pojistitel o uvedené informace požádá, zprošťuji od povinnosti zachovávat mlčenlivost.

☐ Prohlašuji, že nyní jsem nebo jsem v posledním roce byl politicky exponovanou osobou ve smyslu ustanovení § 4 odst. 5 zákona č. 253/2008 Sb., o některých opatřeních proti legalizaci výnosů z trestné činnosti a financování terorismu, ve znění pozdějších předpisů.
Pokud bylo zvoleno ano, uveďte postavení politicky exponované osoby: .....
Není-li tento odstavec zaškrtnut, pak prohlašuji, že nyní nejsem nebo jsem v posledním roce nebyl politicky exponovanou osobou ve smyslu výše uvedeného ustanovení.

Oznamovatele nebo zplnomocněné osoby:

Prohlašuji, že všechny mé odpovědi na písemně položené dotazy pojistitele uvedené v tomto tiskopise jsou pravdivé a úplné. V souladu se zákonem č. 101/2000 Sb., výslovně souhlasím, aby mé osobní údaje byly pojistitelem zpracovány v rámci činnosti v pojišťovnictví a činnosti související s pojišťovací činností podle zákona č. 277/2009 Sb., o pojišťovnictví a to po dobu nezbytně nutnou k zajištění všech práv a povinností plynoucích ze závazkového vztahu. Ve smyslu zákona č. 133/2000 Sb., o evidenci obyvatel a o rodných číslech, souhlasím s tím, aby ve stejném rozsahu, za stejným účelem a po stejnou dobu jako ostatní osobní údaje bylo využíváno rodné číslo, jehož jsem nositelem. Prohlašuji, že jsem byl v souladu se zákonem řádně informován o zpracování mých osobních údajů, o svých právech a o povinnostech zpracovatelů údajů. Veškeré poskytnuté údaje bude zpracovávat pojistitel nebo zpracovatel registrovaný v souladu s ust. § 16 zákona Úřadem pro ochranu osobních údajů. Na důkaz svého souhlasu s výše uvedeným připojuji k tomuto prohlášení svůj podpis.
Zplnomocněná osoba zároveň prohlašuje, že v souladu s plnou mocí, kterou jí pojištěný udělil, je oprávněna jeho jménem žádat ošetřující lékaře o poskytnutí údajů o jeho zdravotním stavu a léčení včetně potřebné zdravotní dokumentace. Zároveň přikládá originál či ověřenou kopii udělené plné moci.

Osoba, která podepisuje Oznámení pojistné události, souhlasí s tím, aby právní či jiná jednání pojistitele ve věci pojistné události (např. oznámení pojistitele, jeho žádosti nebo jeho jiná sdělení) byla činěna prostřednictvím uvedených prostředků elektronické komunikace (e-mailu, telefonu). To platí i pro případ, kdy jednání pojistitele bude obsahovat osobní či citlivé údaje pojištěného (např. údaje o jeho zdravotním stavu).

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

....
Podpis pojištěného Podpis oznamovatele, zplnomocněné osoby (předkládá-li tiskopis)

Identifikace příjemce pojistného plnění

Příjmení a jméno	Rodné číslo	Místo narození	Stát narození	☐ muž ☐ žena	Státní občanství
Adresa trvalého pobytu: ulice a číslo popisné, obec	Telefon	Průkaz totožnosti OP ☐ ŘP ☐ Pas ☐ platný do: ..... číslo vydal (orgán/stát):			
Název firmy (pouze OSVČ)		Místo podnikání		IČO (pouze OSVČ)	

Údaje o zástupci pojistitele, který provedl identifikaci příjemce pojistného plnění

Příjmení a jméno	Osobní číslo	Telefon	E-mail
Prohlašuji, že jsem v souladu se zákonem č. 253/2008 Sb., o některých opatřeních proti legalizaci výnosů z trestné činnosti a financování terorismu, zkontroloval platnost a úplnost identifikačních údajů příjemce pojistného plnění, zjistil a zaznamenal jeho aktuální identifikační údaje z výše uvedeného průkazu totožnosti a ověřil shodu podoby příjemce pojistného plnění s vyobrazením v tomto průkazu totožnosti.		Datum	Podpis

ČSOB Pojišťovna, a. s., člen holdingu ČSOB
Masarykovo náměstí 1458, 532 18 Pardubice
tel.: **466 100 777**, fax: 467 007 444,
e-mail: **info@csobpoj.cz**, **www.csobpoj.cz**

1 milion klientů pod naší ochranou

Životní pojištění

Záznamy pojistitele

Lékařská zpráva

Invalidita

Poskytnutí údajů je v souladu se souhlasem pojištěného uvedeným v prohlášení na pojistné smlouvě. Zpráva je požadována za účelem šetření nutného ke zjištění rozsahu povinnosti pojistitele plnit, resp. za účelem objektivizace rozsahu nároků vyplývajících ze smluvního vztahu uzavřeného s pojištěným.

Údaje o pojištěném a jeho diagnózách

Jméno a příjmení	Rodné číslo
DG úrazového poškození	Úraz ze dne

Údaje o diagnózách, které jsou příčinou invalidity

Rozhodná DG pro přiznání invalidity a další spoluposuzované DG:	
Datum stanovení rozhodné DG pro přiznání invalidity:	
Kdy byla poprvé stanovena rozhodná DG vedoucí k přiznání invalidity?	
Od kdy se datují první zdravotní problémy související s přiznáním invalidity příslušného stupně?	
Příčina vzniku rozhodné DG vedoucí k přiznání invalidity (v případě úrazu kdy dle zdravotní karty k úrazu došlo a kde došlo k 1. ošetření, případně následnému léčení).	
Pokud byl u posuzované invalidity k aktuálnímu datu přehodnocen důvod přiznání, resp. rozhodná DG v důsledku nové skutečnosti, uveďte důvod, popř. DG a datum od kdy byl nárok na invaliditu přehodnocen.	
Pokud byla posuzovaná invalidita k aktuálnímu datu ukončena nebo přehodnocena na invaliditu nižšího stupně, uveďte důvod a datum, kdy k tomu došlo:	
Byla v minulosti přiznána invalidita 1. nebo 2. stupně, nebo invalidita 3. stupně v souvislosti s DG, pro kterou je nyní přiznána invalidita? Pokud ANO, uveďte kdy (od – do) a jaká DG vedla k přiznání invalidity.	**NE** ☐ **ANO** ☐

V ..... dne ....
Razítko a podpis lékaře