

Oznámení pojistné události Trvalé následky úrazu - Jizvy v obličeji

Jak postupovat při oznámení pojistné události

- Pojistnou událost nám oznamte po úplném ustálení zdravotního stavu, nejpozději však ke 3 letům od úrazu zasláním kompletně vyplněného **formuláře Oznámení pojistné události - Trvalé následky úrazu**. K formuláři přiložte kopie lékařských zpráv popisujících aktuální stav poškození, případně i aktuální fotografii jizvy.
- A to je vše. Teď už stačí požadované podklady zaslat na **PU-zivot@csobpoj.cz**.
- Pokud vyhodnotíme, že k vyřízení Vaší pojistné události potřebujeme doplňující podklady, budeme Vás kontaktovat.
- V případě, že nebude možné rozsah trvalých následků úrazu určit podle doložené zdravotnické dokumentace, bude Vám na náklady pojistitele zajištěna zdravotní prohlídka u posudkového lékaře.

Pojistné smlouvy, ze kterých uplatňujete nárok na pojistné plnění

| | |
|---------|---------|
| č. | č. |
|---------|---------|

Pojistná událost

| |
|---------|
| č. |
|---------|

Pojištěný - osoba, které úraz zanechal trvalé následky

| | | | |
|---|----------|-------------|----------|
| Jméno | Příjmení | Rodné číslo | Povolání |
| Adresa bydliště (ulice, č.p., obec) | | PSČ | Telefon |
| Korespondenční adresa (ulice, č.p., obec) | | PSČ | E-mail |

Oznamovatel – osoba, která oznamuje pojistnou událost (vyplňte pouze, je-li oznamovatel odlišný od pojištěného)

| | | | |
|---|----------|-------------|--|
| Jméno | Příjmení | Rodné číslo | Datum narození (jen u cizích st. přísl.) |
| Adresa bydliště (ulice, č. p., obec) | | PSČ | Telefon |
| Korespondenční adresa (ulice, č.p., obec) | | PSČ | E-mail |

Identifikační údaje osoby jednající s pojišťovnou

| | | |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Pojištěný <input type="checkbox"/> Zákonný zástupce <input type="checkbox"/> Zástupce na základě plné moci <input type="checkbox"/> Jiné: | | |
| Státní příslušnost, pokud jiná než ČR | Stát trvalého pobytu, pokud jiný než ČR | Stát místa narození, pokud jiný než ČR |
| Místo narození | Daňové identifikační číslo (TIN), pokud trvalý pobyt mimo ČR | Pohlaví <input type="checkbox"/> muž <input type="checkbox"/> žena |
| Průkaz totožnosti , podle kterého byly ověřeny údaje a podoba identifikované osoby <input type="checkbox"/> Občanský průkaz <input type="checkbox"/> Cestovní pas <input type="checkbox"/> Jiný doklad: | | |
| Číslo dokladu totožnosti | Platnost dokladu totožnosti do | Stát vydání dokladu totožnosti, pokud jiný než ČR |
| V době vzniku pojistné události jste byl/a: | | |
| <input type="checkbox"/> Zaměstnanec | Zaměstnavatel | Převažující druh činnosti |
| <input type="checkbox"/> OSVČ | IČO | |
| <input type="checkbox"/> Jiné: | | |
| Zdroj příjmů | Účel obchodu | |
| Vrcholový management <input type="checkbox"/> ANO | Pokud ANO, uveďte ekonomickou aktivitu | |
| Politicky exponovaná osoba <input type="checkbox"/> ANO | Pokud ANO, uveďte statut politicky exponované osoby | |
| | V jakých obdobích | Původ majetku |

CSOBP0700000000

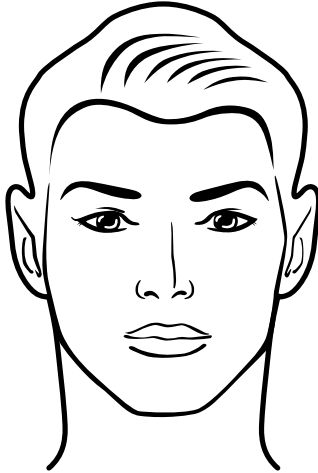


Výplata pojistného plnění

| | | | |
|--------------------------|---------------------------|--|--|
| <input type="checkbox"/> | Plnění poukažte na účet | Číslo účtu | Kód banky |
| <input type="checkbox"/> | Plnění poukažte na adresu | <input type="checkbox"/> Adresa bydliště <input type="checkbox"/> Korespondenční adresa | Jiná adresa (ulice, č.p., obec, PSČ) <input type="checkbox"/> |

Údaje o trvalých následcích úrazu

| | | | | | | | |
|--|-------|-----|-------|----|-----------|-----------------------------|------------------------------|
| Kdy a kde k úrazu došlo? | Datum | Čas | Místo | | | | |
| Subjektivní potíže – stručně popište následky a omezení, které Vám úraz zanechal | | | | | | | |
| I. jizva | délka | mm | šířka | mm | vystouplá | NE <input type="checkbox"/> | ANO <input type="checkbox"/> |
| II. jizva | délka | mm | šířka | mm | vystouplá | NE <input type="checkbox"/> | ANO <input type="checkbox"/> |
| III. jizva | délka | mm | šířka | mm | vystouplá | NE <input type="checkbox"/> | ANO <input type="checkbox"/> |
| Měl/a jste na obličeji nějaké jizvy před vznikem úrazu, za který uplatňujete nyní trvalé následky? | | | | | | NE <input type="checkbox"/> | ANO <input type="checkbox"/> |
| Pokud ANO, specifikujte: | | | | | | | |
| | | | | | | | |



Doplňující informace

| | | |
|--|--|-------------------------------------|
| Uplatnil/a jste nárok na pojistné plnění ze stejného důvodu i u jiné pojišťovny? | <input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/> ANO | Pokud ANO, uveďte název pojišťovny. |
|--|--|-------------------------------------|

Prohlášení, souhlasy, plná moc

Prohlášení pojištěného:

Prohlašuji, že veškeré mnou poskytnuté informace o vzniku a rozsahu následků události, s níž spojuji požadavek na poskytnutí pojistného plnění, jsou pravdivé. Dále prohlašuji, že veškeré mé odpovědi na položené dotazy pojistitele uvedené v tomto oznámení jsou pravdivé a úplné a jsem si vědom důsledků poskytnutí vědomě neúplných nebo nepravdivých odpovědí na povinnost pojistitele plnit.

Prohlašuji, že:

- jsem byl v souladu s ustanovením čl. 13 a čl. 14 Nařízení 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“), pojistitelem řádně a detailně (co do vysvětlení obsahu a významu všech jejich jednotlivých ustanovení) seznámen s Informacemi o zpracování osobních údajů (tzv. Informačním memorandumem);
- beru na vědomí a jsem srozuměn s informací pojistitele o tom, že Informační memorandum je a bude k dispozici na webových stránkách pojistitele na adrese www.csobpoj.cz nebo na kterémkoliv obchodním místě pojistitele;
- před podáním tohoto oznámení jsem měl možnost se seznámit s Informačním memorandumem a pro zodpovězení všech mých případných dotazů k Informačnímu memorandumu jsem měl možnost obrátit se na pojistitele.

Souhlasy pojištěného:

Zaškrtnutím souhlasím

V souladu s ustanovením čl. 9 **GDPR**, souhlasím, aby údaje o mém zdravotním stavu nebo zdravotním stavu zastoupeného byly pojistitelem a také smluvním zajištěním pojistitele zpracovávány pro potřebu šetření pojistné události a v rámci činnosti v pojišťovnictví nebo zajišťovací činnosti podle zákona č. 277/2009 Sb., o pojišťovnictví, ve znění pozdějších předpisů, a to po dobu nezbytně nutnou k zajištění práv a povinností plynoucích ze závazkového vztahu.

V souladu s ustanovením § 2828 zákona č. 89/2012 Sb., občanského zákoníku, ve znění pozdějších předpisů, uděluji pojistiteli souhlas se získáváním údajů o mém zdravotním stavu nebo zdravotním stavu zastoupeného, se zjišťováním a přezkoumáváním mého zdravotního stavu nebo zdravotního stavu zastoupeného nebo příčiny mé smrti nebo příčiny smrti zastoupeného, a to od ošetřujících lékařů a zdravotnických zařízení, jsou-li pro to důvody související se šetřením pojistné události, nebo právem účastníka pojištění na zproštění od placení pojistného.

Beru na vědomí, že udělení souhlasu je dobrovolné a že jej mohu kdykoli odvolat. Dále beru na vědomí, že odvolání nebo neudělení souhlasu se zpracováním údajů o zdravotním stavu může vést ke ztížení šetření pojistné události nebo toto šetření pojistitele znemožnit. V takovém případě nebude pojistitel moci buď v plném rozsahu, nebo zcela poskytnout pojistné plnění.

Prohlašuji a svým podpisem níže stvrzuji, že v souladu s ustanovením § 128 odst. 1 zákona č. 277/2009 Sb., o pojišťovnictví, ve znění pozdějších předpisů, uděluji pojistiteli souhlas s poskytnutím informací týkajících se pojištění:

- členům skupiny ČSOB, jejichž seznam je uveden na internetových stránkách www.csob.cz/skupina, a
- ostatním subjektům podnikajícím v pojišťovnictví a zájmovým sdružením či korporacím těchto subjektů.

Souhlasím 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 údaje o mém zdravotním stavu nebo zdravotním stavu zastoupeného.

Plná moc pojištěného:

V souladu s občanským zákoníkem svým níže uvedeným podpisem uděluji pojistiteli plnou moc k tomu, aby ve věcech souvisejících s pojištěním sjednanými pojistnou smlouvou, zejména v případě pojistné události, jednal mým jménem, zastupoval mě a požadoval nezbytné informace od orgánů veřejné moci (např. policie, správních orgánů) nebo třetích osob (např. zdravotních pojišťoven), včetně možnosti nahlížet do spisů a pořizovat z nich výpisy či opisy.

Prohlášení oznamovatele:

Prohlašuji, že veškeré mnou poskytnuté informace o vzniku a rozsahu následků události, s níž spojuji požadavek na poskytnutí pojistného plnění, jsou pravdivé. Dále prohlašuji, že veškeré mé odpovědi na položené dotazy pojistitele uvedené v tomto oznámení jsou pravdivé a úplně a jsem si vědom důsledků poskytnutí vědomě neúplných nebo nepravdivých odpovědí na povinnost pojistitele plnit.

Dále prohlašuji, že v souladu s plnou mocí, která mně byla oprávněnou osobou nebo jejím zákonným zástupcem udělena, jsem oprávněn jejím jménem žádat ošetřující lékaře o poskytnutí údajů o jejím zdravotním stavu a léčení včetně potřebné zdravotnické dokumentace. Zároveň přikládám plnou moc s úředně ověřenými podpisy nebo její ověřenou kopii.

Prohlašuji, že:

- jsem byl v souladu s ustanovením čl. 13 a čl. 14 **GDPR** pojistitelem řádně a detailně (co do vysvětlení obsahu a významu všech jejich jednotlivých ustanovení) seznámen s Informacemi o zpracování osobních údajů (tzv. Informačním memorandumem);
- beru na vědomí a jsem srozuměn s informací pojistitele o tom, že Informační memorandum je a bude k dispozici na webových stránkách pojistitele na adrese www.csobpoj.cz nebo na kterémkoliv obchodním místě pojistitele;
- před podáním tohoto oznámení jsem měl možnost se seznámit s Informačním memorandumem a pro zodpovězení všech mých případných dotazů k Informačnímu memorandumu jsem měl možnost obrátit se na pojistitele.

Souhlasy oznamovatele:

Prohlašuji a svým podpisem níže stvrzuji, že v souladu s ustanovením § 128 odst. 1 zákona č. 277/2009 Sb., o pojišťovnictví, ve znění pozdějších předpisů, uděluji pojistiteli souhlas s poskytnutím informací týkajících se pojištění:


- členům skupiny ČSOB, jejichž seznam je uveden na internetových stránkách www.csob.cz/skupina, a
- ostatním subjektům podnikajícím v pojišťovnictví a zájmovým sdružením či korporacím těchto subjektů.

Souhlasím 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 údaje o zdravotním stavu pojištěného.

V dne

.....
Podpis pojištěného

.....
Podpis oznamovatele

 Pokud předpokládáte, že výše pojistného plnění přesáhne korunový ekvivalent částky 1 000 euro nebo jste politicky exponovaná osoba, kontaktujte, prosím, svého pojišťovacího zprostředkovatele nebo navštivte nejbližší pobočku za účelem provedení identifikace příjemce pojistného plnění.

Prohlášení pojišťovacího zprostředkovatele (osoby pověřené pojistitelem k provedení identifikace příjemce pojistného plnění):

Prohlašuji, že jsem v souladu se zákonem č. 253/2008 Sb., o některých opatřeních proti legalizaci výnosů z trestné činnosti a financování terorismu, ve znění pozdějších předpisů, zaznamenal a ověřil identifikační údaje příjemce pojistného plnění z výše uvedeného průkazu totožnosti a ověřil shodu podoby této osoby s vyobrazením v průkazu totožnosti, který je na tomto formuláři uveden.

.....
Jméno a příjmení pojišťovacího zprostředkovatele

.....
Datum a místo

.....
HEČ, OEČ/osobní číslo/IČO

.....
Razítko a podpis pojišťovacího zprostředkovatele