

Oznámení pojistné události Invalidita

Jak postupovat při oznámení pojistné události

- Pojistnou událost nám oznamte po přiznání invalidity zasláním kompletně vyplněného **formuláře Oznámení pojistné události – Invalidita**. O vyplnění **formuláře Lékařská zpráva** požádejte svého praktického lékaře.
- K formuláři přiložte **kopii posudku o invaliditě a rozhodnutí o přiznání invalidního důchodu**.
- Požadované podklady zašlete na **PU-zivot@csobpoj.cz**.
- Pokud vyhodnotíme, že k vyřízení Vaší pojistné události potřebujeme doplňující podklady, budeme Vás kontaktovat.

Pojistné smlouvy, ze kterých uplatňujete nárok na pojistné plnění

č.	č.	č.
---------	---------	---------

Pojištěný – osoba, které byla přiznána invalidita

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 pojistného)

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

CSOBPO6M0000000



Výplata pojistného plnění

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

Důvod invalidity

Datum přiznání invalidity příslušného stupně:

Přiznaný stupeň invalidity: 1. stupeň 2. stupeň 3. stupeň nezbytná péče

Jméno a adresa praktického lékaře

Jméno a adresa odborného lékaře nebo zdravotnického zařízení

Jméno a adresa ženského lékaře

Nemoc Uvedte, o jakou nemoc se jedná.

Jedná se o nemoc z povolání? NE ANO

Léčil/a jste se v minulosti s tímto onemocněním nebo touto částí těla? NE ANO Pokud ANO, uveďte kdy.

Byla Vám v minulosti přiznána invalidita? NE ANO Pokud ANO, uveďte kdy a příslušný stupeň.

Úraz Kdy a kde k úrazu došlo? Datum Čas Místo

Podrobný popis průběhu a okolností vzniku úrazu:

Jaká část těla byla poraněna?

Byla poraněná část těla již v minulosti zasažena úrazem nebo nemocí? NE ANO Pokud ANO, uveďte jak a kdy.

Došlo k úrazu při sportu? NE ANO Druh sportu:

Pokud ANO, jednalo se o výkon profesionálního sportu? NE ANO Organizace:

Došlo k úrazu při výkonu povolání? NE ANO Pokud ANO, doložte záznam o pracovním úrazu.

Došlo k úrazu při dopravní nehodě? NE ANO

Vyšetřovala okolnosti úrazu policie? NE ANO Pokud ANO, doložte rozhodnutí v dané věci.

Doplňující informace

Uplatnil/a jste nárok na pojistné plnění ze stejného důvodu i u jiné pojišťovny? NE 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:

- a) 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 memorandem);
- b) 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;
- c) před podáním tohoto oznámení jsem měl možnost se seznámit s Informačním memorandem a pro zodpovězení všech mých případných dotazů k Informačnímu memorandu 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 sjednalými 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 úplné 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 příkládám plnou moc s úředně ověřenými podpisy nebo její ověřenou kopii.

Prohlašuji, že:

- a) 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 memorandem);
- b) 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;
- c) před podáním tohoto oznámení jsem měl možnost se seznámit s Informačním memorandem a pro zodpovězení všech mých případných dotazů k Informačnímu memorandu 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

Lékařská zpráva

Invalidita

Číslo pojistné události**Osobní údaje pojištěného**

Jméno a příjmení	Rodné číslo
<input type="text"/>	<input type="text"/>

Údaje o invaliditě

Datum stanovení rozhodné DG pro přiznání invalidity:		
Přiznaný stupeň invalidity: <input type="checkbox"/> 1. stupeň <input type="checkbox"/> 2. stupeň <input type="checkbox"/> 3. stupeň	Invalidita příslušného stupně pro rozhodnou DG dosud trvá?	<input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/> ANO
Rozhodná DG pro přiznání invalidity a další spoluposuzované DG:		
Příčina vzniku rozhodné DG vedoucí k přiznání invalidity:		
Od kdy se datují první zdravotní problémy související s přiznáním invalidity?		
Byla v minulosti pojištěnému přiznána invalidita? <input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/> ANO	Pokud ANO, uveďte kdy, DG a příslušný stupeň.	

Prohlášení

Potvrzuji, že se údaje v lékařské zprávě týkají pojištěného uvedeného v tiskopisu.
Prohlašuji, že všechny mé odpovědi na písemně položené dotazy pojistitele uvedené v tomto tiskopisu jsou pravdivé a úplné.

V dne

Razítko a podpis lékaře