

## 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

1110001111		
č. ....	č. ....	č. ....

### Pojištěný – osoba, které byla přiznána invalidita

Jméno <b>Karel</b>	Příjmení <b>Novák</b>	Rodné číslo <b>7 9   0 6   1 4   1 1   1 1</b>	Povolání <b>ú edník</b>
Adresa bydliště (ulice, č.p., obec) <b>K Blahobytu 1111, PArduBice</b>		PSČ <b>53002</b>	Telefon <b>777000111</b>
Korespondenční adresa (ulice, č.p., obec) <b>Palackého t ída 1111, PArduBice</b>		PSČ <b>53002</b>	E-mail <b>karel.novak@seznam.cz</b>

### 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 checked="" 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 <b>Pardubice</b>	Daňové identifikační číslo (TIN), pokud trvalý pobyt mimo ČR	Pohlaví <input checked="" type="checkbox"/> muž <input type="checkbox"/> žena
Průkaz totožnosti, podle kterého byly ověřeny údaje a podoba identifikované osoby		
<input checked="" type="checkbox"/> Občanský průkaz <input type="checkbox"/> Cestovní pas <input type="checkbox"/> Jiný doklad:		
Číslo dokladu totožnosti <b>11111111</b>	Platnost dokladu totožnosti do <b>12.12.2022</b>	Stát vydání dokladu totožnosti, pokud jiný než ČR
V době vzniku pojistné události jste byl/a:		
<input checked="" type="checkbox"/> Zaměstnanec	Zaměstnavatel <b>SOB pojiš ovna</b>	Převažující druh činnosti <b>administrativa</b>
<input type="checkbox"/> OSVČ	iČO	
<input type="checkbox"/> Jiné:		
Zdroj příjmů <b>Mzda</b>	Účel obchodu <b>Pojiš ní</b>	
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

CSOB06M0000000



**Výplata pojistného plnění**

<input checked="" type="checkbox"/>	Plnění poukážete na účet	Číslo účtu 123	Kód banky 0300
<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: 9.1.2021

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

Jméno a adresa praktického lékaře

MUDr. František Dvoák, tída Míru 111, 53002 Pardubice

Jméno a adresa odborného lékaře nebo zdravotnického zařízení

Pardubická nemocnice, Kyjevská 111, 53002 Pardubice

Jméno a adresa ženského lékaře

**Nemoc** Uved'te, o jakou nemoc se jedná.  
 rakovinaJedná se o nemoc z povolání?  NE  ANOLéčil/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** 

	Datum	Čas	Místo
--	-------	-----	-------

Kdy a kde k úrazu došlo?

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  ANOVyšetřovala 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 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 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 Pardubicích ..... dne 12.1.2021 .....

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