

Oznámení pojistné události Prevence

Jak postupovat při oznámení pojistné události

- Pojistnou událost nám oznamte po absolvování vybrané preventivní prohlídky zasláním kompletně vyplněného **formuláře Oznámení pojistné události – Prevence**.
- K formuláři přiložte **kopii lékařského potvrzení o absolvování vybrané preventivní prohlídky**.
i Nárok na výplatu pojistného plnění vzniká každé 3 roky trvání pojištění. Vybranou preventivní prohlídku je nutné absolvovat vždy v tomto období.
- 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.

Pojistné smlouvy, ze kterých uplatňujete nárok na pojistné plnění

1110001111	č.	č.	č.
------------	---------	---------	---------

Pojištěný – osoba, která absolvovala vybranou preventivní prohlídku

Jméno Karel	Příjmení Novák	Rodné číslo 7 9 0 6 1 4 1 1 1 1	Povolání ú edník
Adresa bydliště (ulice, č.p., obec) K Blahobytu 1111, Pardubice		PSČ 53002	Telefon 777000111
Korespondenční adresa (ulice, č.p., obec) Palackého tída 1111, Pardubice		PSČ 53002	E-mail karel.novak@seznam.cz
Státní příslušnost, pokud jiná než ČR	Stát trvalého pobytu, pokud jiný než ČR	Stát místa narození, pokud jiný než ČR	
Místo narození Pardubice	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 11111111	Platnost dokladu totožnosti do 12.12.2022	Stát vydání dokladu totožnosti, pokud jiný než ČR	
V době vzniku pojistné události jste byl/a:			
<input checked="" type="checkbox"/> Zaměstnanec	Zaměstnavatel SOB pojiš ovna	Převažující druh činnosti administrativa	
<input type="checkbox"/> OSVČ	IČO		
<input type="checkbox"/> Jiné:			
Zdroj příjmů Mzda	Účel obchodu Pojišt ní		
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	

Výplata pojistného plnění

Plnění poukažte na účet	Číslo účtu 123	Kód banky 0300
-------------------------	--------------------------	--------------------------



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 pojištěnými 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.

✓ Pardubicích dne 10.1.2021

.....
Podpis pojištěného