

Oznámení pojistné události

Úmrtí

Jak postupovat při oznámení pojistné události

- Pojistnou událost nám oznamte po vydání úmrtního listu zasláním kompletně vyplněného **formuláře Oznámení pojistné události – Úmrtí**. O vyplnění **formuláře Lékařská zpráva** požádejte praktického lékaře, u kterého byla vedena zdravotnická dokumentace pojištěného.
- K formuláři přiložte **kopii úmrtního listu**.
- Pokud není na pojistné smlouvě obmyslená osoba určena konkrétně jménem, příjmením a datem narození nebo vztahem manžel/manželka, přiložte **rozhodnutí o dědictví**.
- Pokud byly okolnosti úmrtí šetřeny policií, doložte **rozhodnutí v dané věci**.
- 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, která zesnula

Jméno	Příjmení	Rodné číslo
Adresa bydliště (ulice, č.p., obec)		PSČ

Oznamovatel – osoba, která oznamuje pojistnou událost

Vztah k zesnulému: <input type="checkbox"/> manžel/ka <input type="checkbox"/> dítě <input type="checkbox"/> jiné:			
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
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	

CSOBPO600000000



i Pokud pojistnou událost oznamuje jiná než obmyslená osoba nebo je obmyslených osob více, je nutné pro každou z těchto osob doložit samostatný formulář Identifikace / kontrola klienta.

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"/>

Údaje o úmrtí

Datum úmrtí:	Příčina úmrtí: <input type="checkbox"/> nemoc <input type="checkbox"/> úraz <input type="checkbox"/> dopravní nehoda <input type="checkbox"/> sebevražda <input type="checkbox"/> vražda
Jméno a adresa praktického lékaře	
Jméno a adresa odborného lékaře nebo zdravotnického zařízení	
Jméno a adresa ženského lékaře	
Byly okolnosti úmrtí šetřeny policií?	<input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/> ANO Pokud ANO, doložte rozhodnutí v dané věci.

Prohlášení, souhlasy

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 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 memorandem);
- 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 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 oznamovatele



Pokud předpokládáte, že výše pojistného plnění přesáhne koronový 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
Úmrtí****Číslo pojistné události****Osobní údaje pojištěného**

Jméno a příjmení

Rodné číslo

Údaje o úmrtí

Datum a místo úmrtí dle zdravotnické dokumentace:

Příčina úmrtí:

Datum prvního stanovení diagnózy:

Pokud ANO, uveďte jaké a kdy byla tato nemoc poprvé diagnostikována.

Byla příčina úmrtí komplikací
nebo následkem jiné nemoci?

NE

ANO

Kdy jste převzal pojištěného do své lékařské péče?

Od kdy máte vedenu zdravotnickou dokumentaci pojištěného?

Ostatní lékaři a zdravotnická zařízení, u nichž se pojištěný léčil, včetně uvedení důvodu a DG:

Číslo DG

Byl pojištěný v minulosti v pracovní
neschopnosti nepřetržitě po dobu
alespoň 6 týdnů?

NE

ANO

Pokud ANO, uveďte kdy a DG.

Byla pojištěnému v minulosti
přiznána invalidita?

NE

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