ČSOB Pojišťovna

ČSOB Pojišťovna, a. s., člen holdingu ČSOB
Masarykovo náměstí 1458, Zelené Předměstí
530 02 Pardubice, Česká republika
tel.: **466 100 777**, fax: 467 007 444
www.csobpoj.cz, e-mail: **PU-zivot@csobpoj.cz**

1 milion klientů pod naší ochranou

Životní pojištění

Oznámení pojistné události
Vážná choroba

Jak postupovat při oznámení pojistné události

1. Pojistnou událost nám oznamte po potvrzení diagnózy zasláním kompletně vyplněného **formuláře Oznámení pojistné události – Vážná choroba**. O vyplnění **formuláře Lékařská zpráva** požádejte svého odborného lékaře.
2. K formuláři přiložte **kopie lékařských zpráv s datem určení diagnózy**.
3. Požadované podklady zašlete na **PU-zivot@csobpoj.cz**.
4. 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 trpí vážnou chorobou

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

☐ Pojištěný ☐ Zákonný zástupce ☐ Zástupce na základě plné moci ☐ 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 ☐ muž ☐ žena

Průkaz totožnosti, podle kterého byly ověřeny údaje a podoba identifikované osoby

☐ Občanský průkaz ☐ Cestovní pas ☐ 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:

☐ Zaměstnanec	Zaměstnavatel	Převažující druh činnosti
☐ OSVČ	IČO	
☐ Jiné:		
Zdroj příjmů == zvolte jednu z možností ==	Účel obchodu == zvolte jednu z možností ==	
Vrcholový management ☐ ANO	Pokud ANO, uveďte ekonomickou aktivitu	
Politicky exponovaná osoba ☐ ANO	Pokud ANO, uveďte statut politicky exponované osoby	
	V jakých obdobích	Původ majetku

CSOBP06N00000000

11 Z 3099

Výplata pojistného plnění

☐	Plnění poukažte na účet	Číslo účtu		Kód banky
☐	Plnění poukažte na adresu	☐ Adresa bydliště ☐ Korespondenční adresa	Jiná adresa (ulice, č.p., obec, PSČ) ☐	

Údaje o vážné chorobě

Příznaky vážné choroby:	Datum projevení prvních příznaků:
	Název vážné choroby:
	Datum prvního sdělení diagnózy:
Jméno a adresa lékaře nebo zdravotnického zařízení, které stanovilo diagnózu:	
Jména a adresy ostatních lékařů nebo zdravotnických zařízení, u kterých probíhá léčení:	

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:
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 tohoto souhlasu může vést ke ztížení šetření pojistné události nebo toto šetření pojistitele znemožnit. V takovém případě nebude pojistitel moci poskytnout pojistné plnění v plném rozsahu, případně nebude moci plnit vůbec.

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 pojištěními 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 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:
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

ČSOB Pojišťovna, a. s., člen holdingu ČSOB
Masarykovo náměstí 1458, Zelené Předměstí
530 02 Pardubice, Česká republika
tel.: **466 100 777**, fax: 467 007 444
www.csobpoj.cz, e-mail: **PU-zivot@csobpoj.cz**

1 milion klientů **pod naší ochranou**

Životní pojištění

Lékařská zpráva
Vážná choroba

Číslo pojistné události

Osobní údaje pojištěného

Jméno a příjmení	Rodné číslo

Údaje o vážné chorobě

Datum prvního stanovení DG:

Jméno a adresa lékaře nebo zdravotnického zařízení, které stanovilo diagnózu:

Diagnóza:

Příznaky:

Datum zpozorování prvních příznaků, které byly v přímé souvislosti se stanovenou DG:

Jméno a adresa lékaře nebo zdravotnického zařízení, které první příznaky zpozorovalo:

Průběh a způsob léčení vážné choroby:

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