

Záznamy pojistitele

## Oznámení pojistné události Úmrtí

Tento formulář nejprve vyplňte ve všech částech. Pak k němu přiložte podklady nezbytné k prokázání vzniku nároku na pojistné plnění, jejichž seznam je uveden v části 3. Všechny doklady pošlete neprodleně na adresu ČSOB Pojišťovny uvedenou v záhlaví nebo elektronicky na info@csobpoj.cz.

### Část 1 Pojistná smlouva (čísla pojistných smluv pojištěného, ze kterých uplatňuje nárok na plnění)

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

#### Osobní údaje pojištěného (zemřelého)

Jméno a příjmení	Rodné číslo
Adresa bydliště (název ulice, číslo popisné, obec)	PSČ

#### Osobní údaje oznamovatele

Jméno a příjmení	Rodné číslo
Korespondenční adresa (název ulice, číslo popisné, obec)	PSČ
E-mail	Stát trvalého pobytu, pokud je jiný než ČR
Stát místa narození, pokud je jiný než ČR	Stát trvalého pobytu, pokud je jiný než ČR

### Část 2 Údaje o události

Datum úmrtí	Příčina úmrtí	<input type="checkbox"/> nemoc	<input type="checkbox"/> sebevražda	<input type="checkbox"/> vražda	<input type="checkbox"/> úraz	<input type="checkbox"/> dopravní nehoda
Šetřila úmrtí policie?	<b>NE</b> <input type="checkbox"/>	<b>ANO</b> <input type="checkbox"/>	Pokud ANO, přiložte konečné usnesení.			

### Část 3 Seznam dokladů nezbytných k posouzení nároku na plnění z pojištění

Přiloženo ANO	NE	Název dokladu
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ověřená kopie úmrtního listu
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Protokol či usnesení policie, pokud bylo úmrtí vyšetřováno
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Rozhodnutí o dědictví nebo formulář Zpráva notáře, a to v případě, že právo na pojistné plnění náleží osobě/osobám, které nejsou na pojistné smlouvě určeny vztahem manžel/manželka nebo konkrétně jménem, příjmením a datem narození.
Seznam dokladů, jejichž předložení umožní včasné ukončení šetření pojistné události		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Rozhodnutí soudu ve věci dědictví, opatrovnictví nebo trestného činu, bylo li projednáváno soudně
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Rozhodnutí správního orgánu
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Lékařská zpráva
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Pítevní protokol
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Zpráva o prohlídce mrtvého

#### Údaje o lékařích, u nichž se zemřelý léčil (nepovinné – uvedením údajů můžete urychlit likvidaci)

Praktický lékař	Jméno a příjmení	Adresa	Telefon
Odborný lékař nebo zařízení	Jméno a příjmení	Adresa	Telefon
Ženský lékař	Jméno a příjmení	Adresa	Telefon

CSOBPO600000000



## Prohlášení

### Oznamovatele:

Prohlašuji, že všechny mé odpovědi na písemně položené dotazy pojistitele uvedené v tomto tiskopise jsou pravdivé a úplné a jsem si vědom důsledků nepravdivých odpovědí na povinnost pojistitele plnit.

Na základě zmocnění pojištěného uvedeného v prohlášení na pojistné smlouvě týkající se oprávnění lékařů sdělovat informace o zdravotním stavu a to i po smrti pojistiteli, souhlasím s poskytnutím těchto údajů. V souladu se zákonem č. 101/2000 Sb., o ochraně osobních údajů (dále jen „zákon“), výslovně souhlasím, aby mé osobní údaje byly pojistitelem zpracovány v rámci činnosti v pojišťovnictví a činnosti související s pojišťovací činností podle zák. č. 363/1999 Sb., o pojišťovnictví, a to po dobu nezbytně nutnou k zajištění všech práv a povinností plynoucích ze závazkového vztahu. Veškeré poskytnuté údaje bude zpracovávat pojistitel nebo zpracovatel registrovaný v souladu s § 16 zákona Úřadem pro ochranu osobních údajů. Prohlašuji, že jsem byl v souladu se zákonem řádně informován o zpracování mých osobních údajů. Na důkaz svého souhlasu s výše uvedeným, připojuji k tomuto prohlášení svůj podpis.

Osoba, která podepisuje Oznámení pojistné události, souhlasí 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 osobní či citlivé údaje pojištěného (např. údaje o jeho zdravotním stavu).

V ..... dne .....  
Podpis oznamovatele

### Příjemce pojistného plnění:

V souladu se zákonem č. 101/2000 Sb., o ochraně osobních údajů (dále jen „zákon“), dává pojistiteli souhlas se zpracováním svých osobních údajů v rámci činnosti v pojišťovnictví a činnosti související s pojišťovací činností podle zákona č. 363/1999 Sb., o pojišťovnictví, a to po dobu nezbytně nutnou k zajištění všech práv a povinností vyplývajících ze závazkového vztahu založeného pojistnou smlouvou. Zároveň v souladu s ustanovením § 13c zákona č. 133/2000 Sb., o evidenci obyvatel a o rodných číslech, dává pojistiteli souhlas s využíváním rodného čísla, jehož je příjemce pojistného plnění nositelem, a to ve stejném rozsahu, za stejným účelem a po stejnou dobu, jako dal souhlas se zpracováním ostatních svých osobních údajů.

### Identifikace příjemce pojistného plnění

Vztah k zesnulému: <input type="checkbox"/> manžel/manželka <input type="checkbox"/> dítě <input type="checkbox"/> jiná osoba			Stát místa narození	
Příjmení a jméno	Rodné číslo	Pohlaví muž <input type="checkbox"/> žena <input type="checkbox"/>	Místo narození	Státní občanství
Adresa bydliště: ulice a číslo popisné, obec	Telefon	Průkaz totožnosti OP <input type="checkbox"/> ŘP <input type="checkbox"/> Pas <input type="checkbox"/> platný do: .....	číslo ..... vydal (orgán/stát):	
Název firmy (pouze OSVČ)	Místo podnikání	IČO (pouze OSVČ)		
Pojistné plnění poukažte na:	<input type="checkbox"/> účet č.	VS		
	<input type="checkbox"/> adresu bydliště			
<input type="checkbox"/> Prohlašuji, že nyní jsem nebo jsem v posledním roce byl politicky exponovanou osobou ve smyslu ustanovení § 4 odst. 5 zákona č. 253/2008 Sb., o některých opatřeních proti legalizaci výnosů z trestné činnosti a financování terorismu, ve znění pozdějších předpisů. Pokud bylo zvoleno ano, uveďte postavení politicky exponované osoby: .....				Datum
Není-li tento odstavec zaškrtnut, pak prohlašuji, že nyní nejsem nebo jsem v posledním roce nebyl politicky exponovanou osobou ve smyslu výše uvedeného ustanovení.				Podpis

### Identifikace příjemce pojistného plnění

Vztah k zesnulému: <input type="checkbox"/> manžel/manželka <input type="checkbox"/> dítě <input type="checkbox"/> jiná osoba			Stát místa narození	
Příjmení a jméno	Rodné číslo	Pohlaví muž <input type="checkbox"/> žena <input type="checkbox"/>	Místo narození	Státní občanství
Adresa bydliště: ulice a číslo popisné, obec	Telefon	Průkaz totožnosti OP <input type="checkbox"/> ŘP <input type="checkbox"/> Pas <input type="checkbox"/> platný do: .....	číslo ..... vydal (orgán/stát):	
Název firmy (pouze OSVČ)	Místo podnikání	IČO (pouze OSVČ)		
Pojistné plnění poukažte na:	<input type="checkbox"/> účet č.	VS		
	<input type="checkbox"/> adresu bydliště			
<input type="checkbox"/> Prohlašuji, že nyní jsem nebo jsem v posledním roce byl politicky exponovanou osobou ve smyslu ustanovení § 4 odst. 5 zákona č. 253/2008 Sb., o některých opatřeních proti legalizaci výnosů z trestné činnosti a financování terorismu, ve znění pozdějších předpisů. Pokud bylo zvoleno ano, uveďte postavení politicky exponované osoby: .....				Datum
Není-li tento odstavec zaškrtnut, pak prohlašuji, že nyní nejsem nebo jsem v posledním roce nebyl politicky exponovanou osobou ve smyslu výše uvedeného ustanovení.				Podpis

### Údaje o zástupci pojistitele, který provedl identifikaci příjemce pojistného plnění

Příjmení a jméno	Osobní číslo	Telefon	E-mail
Prohlašuji, že jsem v souladu se zákonem č. 253/2008 Sb., o některých opatřeních proti legalizaci výnosů z trestné činnosti a financování terorismu, zkontroloval platnost a úplnost identifikačních údajů příjemce pojistného plnění, zjistil a zaznamenal jeho aktuální identifikační údaje z výše uvedeného průkazu totožnosti a ověřil shodu podoby příjemce pojistného plnění s vyobrazením v tomto průkazu totožnosti.		Datum	Podpis