

## Oznámení pojistné události **Vážná choroba**

### Jak postupovat při oznámení pojistné události

- 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.
- K formuláři přiložte **kopie lékařských zpráv s datem určení diagnózy**.
- Požadované podklady zašlete na **PU-zivot@csobpoj.cz** nebo na adresu uvedenou v záhlaví formuláře.
- 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	Zdravotní pojišťovna
Adresa bydliště (ulice, č.p., obec)		PSČ	Telefon
Korespondenční adresa (ulice, č.p., obec)		PSČ	E-mail
Místo narození	Stát místa narození, pokud je jiný než ČR	Stát trvalého pobytu, pokud je jiný než ČR	Povolání
<b>Průkaz totožnosti</b> , 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 průkazu totožnosti	Vydáno (stát, popř. orgán)	Platnost průkazu totožnosti do	
Státní občanství <input type="checkbox"/> ČR <input type="checkbox"/> Jiné:	<b>Politicky exponovaná osoba</b> <input type="checkbox"/> ANO	Pokud ANO, uveďte statut politicky exponované osoby a v jakých obdobích.	

### Oznamovatel – osoba, která oznamuje pojistnou událost (vyplňte pouze, je-li oznamovatel odlišný od pojištěného)

<input type="checkbox"/> Zákonný zástupce <input type="checkbox"/> Zástupce na základě plné moci <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
Pohlaví <input type="checkbox"/> muž <input type="checkbox"/> žena	Místo narození	Stát místa narození, pokud je jiný než ČR	Stát trvalého pobytu, pokud je jiný než ČR
<b>Průkaz totožnosti</b> , 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 průkazu totožnosti	Vydáno (stát, popř. orgán)	Platnost průkazu totožnosti do	
Státní občanství <input type="checkbox"/> ČR <input type="checkbox"/> Jiné:	<b>Politicky exponovaná osoba</b> <input type="checkbox"/> ANO	Pokud ANO, uveďte statut politicky exponované osoby a v jakých obdobích.	

### 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	<input type="checkbox"/> Jiná adresa (ulice, č.p., obec, PSČ)

CSOBPO6N000000



## 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:

- 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);
- 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](http://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 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](http://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 příkládám 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.

**Souhlas 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

**Lékařská zpráva**

Vážná choroba

**Číslo pojistné události****Osobní údaje pojištěného**

Jméno a příjmení	Rodné číslo
<input type="text"/>	<input type="text"/>

**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