

## Žádost o výplatu pojistného plnění při dožití konce pojistné doby

### Pojišťovací zprostředkovatel

Jméno a příjmení	Název společnosti	Číslo	Osobní číslo
------------------	-------------------	-------	--------------

### Pojistná smlouva

Číslo:

### Produkt

Název:

Žádost prosím vyplňte nejdříve 2 měsíce před dožitím se konce pojistné doby.

### Identifikace oprávněné osoby

Oprávněná osoba je osoba, která má nárok na pojistné plnění.

Rodné číslo	Typ průkazu: číslo	Platný do: vydal (orgán/stát):	Místo narození	Stát místa narození	Státní občanství
Příjmení	Jméno (a)	Titul	Pohlaví muž <input type="checkbox"/> žena <input type="checkbox"/>	Telefon	
Adresa bydliště: Ulice a číslo popisné		PSČ	Obec	Stát <input type="checkbox"/> ČR <input type="checkbox"/> Jiný (uveďte) .....	
Stát/y daňové rezidence (stát/y, kde je pojistník poplatníkem daní) <input type="checkbox"/> ČR <input type="checkbox"/> Jiný/é (uveďte) .....			Daňové identifikační číslo/čísla (Pro stát daňové rezidence ČR = Rodné číslo) Pro jiné státy (uveďte) .....		
Korespondenční adresa: Ulice a číslo popisné		PSČ	Obec	E-mail	
Politicky exponovaná osoba ANO <input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/>	Pokud ANO, uveďte statut politicky exponované osoby a v jakých obdobích				
Vaše postavení nebo převažující profese		Povolání nebo obor podnikání	Název zaměstnavatele	IČO	
Vrcholový management/ředitel ANO <input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/>	Ekonomická aktivita				

Pokud se uvedené identifikační či jiné údaje pojistníka liší od údajů, které o něm pojistitel dosud eviduje, považuje se jejich uvedení v tomto formuláři za písemné oznámení jejich změny pojistiteli.

### Možnosti výplaty pojistného plnění

Označte, jakou část pojistného plnění a kam chcete poukázat.

<input type="checkbox"/> Celková výše pojistného plnění po odečtení pohledávek a daně	
<input type="checkbox"/> Částka 1: KČ	<input type="checkbox"/> Částka 2:
<input type="checkbox"/> Č. účtu: kód banky SS: VS:	<input type="checkbox"/> Č. účtu: kód banky SS: VS:
<input type="checkbox"/> Jako mimořádné pojistné na pojistnou smlouvu Číslo poj. smlouvy Produkt	<input type="checkbox"/> Jako mimořádné pojistné na pojistnou smlouvu Číslo poj. smlouvy Produkt
Uveďte alokaci mimořádného pojistného v případě, že peníze poukazujete na pojistné smlouvy produktů: MAXIMAL, MAXIMAL 60, MAXIMAL 60 Z, MAXIMAL PROFIT, MAXIMAL PROFIT Z, MAXÍK nebo PENZE PRO Alokaci Vám doporučujeme provést ve stejném poměru, který jste si dle investičního profilu zvolil pro běžné pojistné, případně pro garantování výnosu alespoň ve výši minimálního vyhlášeného zhodnocení doporučujeme převedení 100 % prostředků do garantovaného fondu.	
<input type="checkbox"/> Alokace ve stejném poměru jako je běžné pojistné	<input type="checkbox"/> Alokace ve stejném poměru jako je běžné pojistné
<input type="checkbox"/> Alokační poměr v % z částky	<input type="checkbox"/> Alokační poměr v % z částky
Konzervativní % Růstový % Garantovaný % Vyvážený % Akciový % Dynamický %	Konzervativní % Růstový % Garantovaný % Vyvážený % Akciový % Dynamický %
<input type="checkbox"/> Na adresu poštovní poukázkou (Je nutné počítat s dobou dvou týdnů, než bude poukázka na uvedenou adresu doručena.) <input type="checkbox"/> Adresa bydliště <input type="checkbox"/> Jiná: Jméno a příjmení Ulice a č.p. PSČ Obec	
<input type="checkbox"/> Jiná výplata dle smluvních ujednání (např. výplata formou důchodu)	

CSOBPO0H00000000



## Identifikace zástupce oprávněné osoby

<input type="checkbox"/> Zákonný zástupce <input type="checkbox"/> Opatrovník <input type="checkbox"/> Smluvní zástupce <input type="checkbox"/> Jiné:				
Rodné číslo 	Typ průkazu: číslo	Platný do:	Místo narození	Stát místa narození Státní občanství
Příjmení	Jméno (a)	Titul	Pohlaví <input type="checkbox"/> muž <input type="checkbox"/> žena	Telefon
Adresa bydliště: Ulice a číslo popisné	PSČ	Obec	Stát <input type="checkbox"/> ČR <input type="checkbox"/> Jiný (uveďte) .....	
Stát/y daňové rezidence (stát/y, kde je oprávněná osoba poplatníkem daní) <input type="checkbox"/> ČR <input type="checkbox"/> Jiný/é (uveďte) .....		Daňové identifikační číslo/čísla (Pro stát daňové rezidence ČR = Rodné číslo) Pro jiné státy (uveďte) .....		
Korespondenční adresa: Ulice a číslo popisné	PSČ	Obec	E-mail	
Politicky exponovaná osoba <input type="checkbox"/> ANO <input type="checkbox"/> NE	Pokud ANO, uveďte statut politicky exponované osoby a v jakých obdobích			

## Prohlášení

### Oprávněné osoby / zástupce oprávněné osoby

Prohlašuji, že jsem zástupcem výše uvedené oprávněné osoby a jsem oprávněn za ni požádat o výplatu pojistného plnění a určit dispozici výplaty.

Prohlašuji a svým podpisem níže stvrzuji, že

- a) jsem byl před podpisem této žádosti, zcela 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), 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) seznámení s Informačním memorandem jménem pojistitele provedla právě ta konkrétní fyzická osoba, která jménem pojistitele podepsala tuto žádost;
- c) po seznámení s Informačním memorandem a před podpisem této žádosti mně byl dán naprosto dostatečný časový prostor pro vlastní seznámení se s Informačním memorandem a pro zodpovězení všech mých případných dotazů k Informačnímu memorandu;
- d) beru na vědomí a jsem srozuměn s informací pojistitele o tom, že Informační memorandum je a bude k dispozici na internetových (webových) stránkách pojistitele na adrese [www.csobpoj.cz](http://www.csobpoj.cz) nebo na vyžádání u té konkrétní fyzické osoby, která jménem pojistitele podepsala tuto žádost, anebo na kterémkoliv obchodním místě pojistitele.

Prohlašuji, že identifikační údaje oprávněné osoby/zástupce oprávněné osoby, včetně těch, které nebylo možno ověřit z průkazu totožnosti, jsou uvedeny pravdivě.

Beru na vědomí, že pokud tato žádost splní podmínky zahraničního oznamovaného účtu dle zákona č. 164/2013 Sb., o mezinárodní spolupráci při správě daní a o změně dalších souvisejících zákonů, mohou být údaje o mé osobě a pojistné smlouvě, ze které je poskytováno pojistné plnění, předávány správci daně.

Vyplňte v případě, že je oprávněná osoba shodná s pojistníkem.

Zdroj příjmů (původ peněz použitých k úhradě pojistného) je:

- mzda,     příjmy z podnikání,  
 jiné .....

Účel obchodu je:

.....

Zdroj majetku (vyplňte, v případě výplaty nad 250.000,- Kč).

.....

### Pojišťovacího zprostředkovatele

#### (osoby pověřené pojistitelem k převzetí žádosti):

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 oprávněné osoby/zástupce oprávněné osoby z výše uvedeného průkazu totožnosti a ověřil shodu podoby této osoby s vyobrazením v průkazu totožnosti, který je v této žádosti uveden.

V ..... dne

**Podpis pojišťovacího zprostředkovatele:** .....

**Podpis oprávněné osoby/zástupce oprávněné osoby:** .....

## Přílohy

- Plná moc     Jiné: