

## Oznámení pojistné události Bolestné

### Jak postupovat při oznámení pojistné události

- Pojistnou událost nám oznamte po stanovení diagnózy zasláním kompletně vyplněného formuláře **Oznámení pojistné události – Bolestné**. K formuláři přiložte **kopii lékařské zprávy** jednoznačně **potvrzující** danou **diagnózu**.
- A to je vše. Teď už stačí požadované podklady zaslat 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. <b>1110001111</b>	č. ....	č. ....
----------------------	---------	---------

### Pojištěný - osoba, které se stal úraz

Jméno <b>Anna</b>	Příjmení <b>Nováková</b>	Rodné číslo <b>1 4 5 5 3 0 1 1 1 1</b>	Zdravotní pojišťovna <b>207</b>
Adresa bydliště (ulice, č.p., obec) <b>K Blahobytu 1111, Pardubice</b>		PSČ <b>53002</b>	Telefon
Korespondenční adresa (ulice, č.p., obec) <b>Palackého třída 1111, Pardubice</b>		PSČ <b>53002</b>	E-mail
Místo narození <b>Pardubice</b>	Stát místa narození, pokud je jiný než ČR	Stát trvalého pobytu, pokud je jiný než ČR	Povolání <b>dítě</b>
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 průkazu totožnosti	Vydáno (stát, popř. orgán)	Platnost průkazu totožnosti do	
Státní občanství <input checked="" type="checkbox"/> ČR <input type="checkbox"/> Jiné:	Politicky exponovaná osoba <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 checked="" type="checkbox"/> Zákonný zástupce <input type="checkbox"/> Zástupce na základě plné moci <input type="checkbox"/> Jiné:			
Jméno <b>Karel</b>	Příjmení <b>Novák</b>	Rodné číslo <b>7 9 0 6 1 4 1 1 1 1</b>	Datum narození (jen u cizích st. přísl.)
Adresa bydliště (ulice, č. p., obec) <b>K Blahobytu 1111, Pardubice</b>		PSČ <b>53002</b>	Telefon <b>777000111</b>
Korespondenční adresa (ulice, č.p., obec) <b>Palackého třída 1111, Pardubice</b>		PSČ <b>53002</b>	E-mail <b>karel.novak@seznam.cz</b>
Pohlaví <input checked="" type="checkbox"/> muž <input type="checkbox"/> žena	Místo narození <b>Pardubice</b>	Stát místa narození, pokud je jiný než ČR	Stát trvalého pobytu, pokud je jiný než ČR
Průkaz totožnosti, podle kterého byly ověřeny údaje a podoba identifikované osoby <input checked="" type="checkbox"/> Občanský průkaz <input type="checkbox"/> Cestovní pas <input type="checkbox"/> Jiný doklad:			
Číslo průkazu totožnosti <b>11111111</b>	Vydáno (stát, popř. orgán) <b>Česká republika</b>	Platnost průkazu totožnosti do <b>11.12.2022</b>	
Státní občanství <input checked="" type="checkbox"/> ČR <input type="checkbox"/> Jiné:	Politicky exponovaná osoba <input type="checkbox"/> ANO	Pokud ANO, uveďte statut politicky exponované osoby a v jakých obdobích.	

### Výplata pojistného plnění

<input checked="" type="checkbox"/> Plnění poukážete na účet	Číslo účtu <b>123456789</b>	Kód banky <b>0300</b>
<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 úrazu

Kdy a kde k úrazu došlo?	Datum <b>10.3.2018</b>	Čas <b>18:00</b>	Místo <b>Pardubice</b>
Podrobný popis průběhu a okolností vzniku úrazu: <b>při hraní upadla a poranila si levé předloktí</b>			
Jaká část těla byla poraněna? <b>levé předloktí</b>			Jste: <input checked="" type="checkbox"/> <b>Pravák</b> <input type="checkbox"/> <b>Levák</b>
Byla poraněná část těla již v minulosti zasažena úrazem nebo nemocí? <input checked="" type="checkbox"/> <b>NE</b> <input type="checkbox"/> <b>ANO</b> <span style="float: right;">Pokud ANO, uveďte jak a kdy.</span>			
Jméno a adresa lékaře nebo zdravotnického zařízení, které poskytlo první ošetření <b>Pardubická nemocnice, Kyjevská 111, 53002 Pardubice</b>			Datum prvního ošetření <b>10.3.2018</b>
Léčení probíhalo od: <b>10.3.2018</b> do: <b>22.3.2018</b>	Jméno a adresa praktického lékaře <b>MUDr. František Dvořák, třída Míru 111, 53002 Pardubice</b>		
Došlo k úrazu při dopravní nehodě? <input checked="" type="checkbox"/> <b>NE</b> <input type="checkbox"/> <b>ANO</b>			
Vyšetřovala okolnosti úrazu policie? <input checked="" type="checkbox"/> <b>NE</b> <input type="checkbox"/> <b>ANO</b> <span style="float: right;">Pokud ANO, doložte rozhodnutí v dané věci.</span>			

## Doplňující informace

Uplatnil/a jste nárok na pojistné plnění ze stejného důvodu i u jiné pojišťovny? <input checked="" type="checkbox"/> <b>NE</b> <input type="checkbox"/> <b>ANO</b>	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 úplně 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** 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 pojistitelem 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**, 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 pojištěním 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 úplně 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 memorandumem);
- 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 memorandumem a pro zodpovězení všech mých případných dotazů k Informačnímu memorandumu 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 ..... **Pardubicích** ..... dne ..... **6.5.2018** .....

.....  
Podpis pojištěného ..... Podpis oznamovatele .....

**i** 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 .....