

Oznámení pojistné události Úmrtí

Jak postupovat při oznámení pojistné události

- Pojistnou událost nám oznamte po vydání úmrtního listu zasláním kompletně vyplněného **formuláře Oznámení pojistné události – Úmrtí**. O vyplnění **formuláře Lékařská zpráva** požádejte praktického lékaře, u kterého byla vedena zdravotnická dokumentace pojištěného.
- K formuláři přiložte **kopii úmrtního listu**.
- Pokud není na pojistné smlouvě obmyslená osoba určena konkrétně jménem, příjmením a datem narození nebo vztahem manžel/manželka, přiložte **rozhodnutí o dědictví**.
- Pokud byly okolnosti úmrtí šetřeny policií, doložte **rozhodnutí v dané věci**.
- 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. 1110001111	č.	č.
----------------------	---------	---------

Pojištěný - osoba, která zesnula

Jméno Václav	Příjmení Novák	Rodné číslo 5 2 0 1 0 3 1 1 1
Adresa bydliště (ulice, č.p., obec) Hradecká 1111, Pardubice		PSČ 53002

Oznamovatel – osoba, která oznamuje pojistnou událost

Vztah k zesnulému: manžel/ka dítě jiné:

Jméno Karel	Příjmení Novák	Rodné číslo 7 9 0 6 1 4 1 1 1 1	Datum narození (jen u cizích st. přísl.)
Adresa bydliště (ulice, č. p., obec) K Blahobytu 1111, Pardubice		PSČ 53002	Telefon 777000111
Korespondenční adresa (ulice, č.p., obec) Palackého třída 1111, Pardubice		PSČ 53002	E-mail karel.novak@seznam.cz
Pohlaví <input checked="" type="checkbox"/> muž <input type="checkbox"/> žena	Místo narození Pardubice	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 11111111	Vydáno (stát, popř. orgán) Česká republika	Platnost průkazu totožnosti do 11.12.2022	
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.	

i Pokud pojistnou událost oznamuje jiná než obmyslená osoba nebo je obmyslených osob více, je nutné pro každou z těchto osob doložit samostatný formulář Identifikace / kontrola klienta.

Výplata pojistného plnění

<input checked="" type="checkbox"/> Plnění poukážete na účet	Číslo účtu 123456789	Kód banky 0300
<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 úmrtíDatum úmrtí: **14.4.2018**Příčina úmrtí: nemoc úraz dopravní nehoda sebevražda vražda

Jméno a adresa praktického lékaře

MUDr. František Dvořák, třída Míru 111, 53002 Pardubice

Jméno a adresa odborného lékaře nebo zdravotnického zařízení

MUDr. Josef Nováček, Pardubická nemocnice, Kyjevská 111, 53002 Pardubice

Jméno a adresa ženského lékaře

Byly okolnosti úmrtí šetřeny policií?

 NE **ANO**

Pokud ANO, doložte rozhodnutí v dané věci.

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:

- 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.

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 **Pardubicích** dne **2.3.2018**
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

Úmrtí

Číslo pojistné události**Osobní údaje pojištěného**

Jméno a příjmení	Rodné číslo
------------------	-------------

Údaje o úmrtí

Datum a místo úmrtí dle zdravotnické dokumentace:	
Příčina úmrtí:	Datum prvního stanovení diagnózy:
Pokud ANO, uveďte jaké a kdy byla tato nemoc poprvé diagnostikována.	
Byla příčina úmrtí komplikací nebo následkem jiné nemoci?	<input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/> ANO
Kdy jste převzal pojištěného do své lékařské péče?	
Od kdy máte vedenu zdravotnickou dokumentaci pojištěného?	
Ostatní lékaři a zdravotnická zařízení, u nichž se pojištěný léčil, včetně uvedení důvodu a DG:	
Číslo DG	
Byl pojištěný v minulosti v pracovní neschopnosti nepřetržitě po dobu alespoň 6 týdnů?	<input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/> ANO
Pokud ANO, uveďte kdy a DG.	
Byla pojištěnému v minulosti přiznána invalidita?	<input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/> ANO
Pokud ANO, uveďte kdy, DG a příslušný stupeň.	

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