

<b>Číslo události</b>	<b>Číslo pojistné smlouvy</b>	<b>Datum vzniku události</b>	<b>Místo vzniku</b>
		2 0	Obec, PSČ

<b>Pojištěný</b>		
Jméno, příjmení	Rodné číslo	Telefon
Adresa bydliště		E-mail

<b>Poškozený</b>	
Název právnické osoby / jméno, příjmení	IČ / RČ
Sídlo / adresa	

<b>Čestné prohlášení pojištěného – vyplní pojištěný</b>			
1. Prosíme, podrobně popište, jak došlo k újmě, co bylo příčinou újmy, co bylo poškozeno:			
2. Uvedte, prosím, Váš vztah k poškozenému (např. uvedením příbuzenského vztahu, společná domácnost, bez příbuzenského vztahu):			
3. V případě újmy způsobené dítětem, prosíme, uveďte věk dítěte, kdo vykonával jeho dozor (jmenovitě i s uvedením vztahu k dítěti):			
V případě poškození vozidla (stroje) uveďte:	SPZ / RZ:	VIN / VÝROBNÍ ČÍSLO:	ROK VÝROBY:
Tovární značka:			
Typ a provedení:			
Částka, která je po Vás uplatňována poškozeným:			
4. Považujete nárok poškozeného za oprávněný? *) <input type="checkbox"/> ANO <input type="checkbox"/> NE			
Pokud ano, v jaké výši: .....			
5. Budete výše zmiňovanou újmu uplatňovat i z jiného druhu pojištění nebo u jiného pojistitele? Pokud ano, prosíme, uveďte název pojištění i pojistitele (pojišťovny):			
6. Tímto prohlašuji, že jsem újmu nezpůsobil pod vlivem alkoholu nebo jiné návykové látky.			

## 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 (dále jen „události“), 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, smluvním zajistitelem a všemi osobami činnými pro pojistitele zpracovávány pro potřebu šetření 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 a § 2864 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 zdravotním 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 události.

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 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 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 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.

V ..... dne .....

.....  
Podpis pojištěného