

Oznámení pojistné události Invalidita

Záznamy pojistitele

Tento formulář nejprve vyplňte ve všech částech. Pak k němu přiložte podklady nezbytné k prokázání vzniku nároku na pojistné plnění, jejichž seznam je uveden v části 3 a požádejte svého ošetřujícího lékaře o vyplnění lékařské zprávy. Všechny doklady pošlete neprodleně na adresu ČSOB Pojišťovny uvedenou v záhlaví nebo elektornicky na info@csobpoj.cz. Jestliže potvrzujete trvání příslušného stupně invalidity po 24 měsících od jeho přiznání, nebo přiznání nároku na nezbytnou péči, vyznačte tuto skutečnost v části 2 a z požadovaných dokumentů doložte jen potvrzení o trvání invalidity od správy sociálního zabezpečení nebo potvrzení o přiznání nároku na nezbytnou péči od Úřadu práce.

Část 1 Pojistná smlouva (čísla pojistných smluv pojištěného, ze kterých uplatňuje nárok na plnění)

č.	č.	č.
---------	---------	---------

Osobní údaje pojištěného

Jméno a příjmení	Rodné číslo	Zdravotní pojišťovna
Korespondenční adresa (název ulice, číslo popisné, obec)	PSC	Telefon
E-mail		

Osobní údaje zplnomocněné osoby – oznamovatele (je-li odlišný od pojištěného)

Jméno a příjmení	Rodné číslo
Korespondenční adresa (název ulice, číslo popisné, obec)	PSC
Telefon	
E-mail	

Výplata pojistného plnění

<input type="checkbox"/>	Plnění poukážte na účet	Číslo účtu	Kód banky	Specifický symbol	Variabilní symbol
<input type="checkbox"/>	Plnění poukážte na adresu	<input type="checkbox"/> Adresa totožná s adresou pojištěného	<input type="checkbox"/> Adresa odlišná od adresy pojištěného (ulice, č.p., obec, PSČ)		

Část 2 Údaje o invaliditě

Přiznaný stupeň invalidity	<input type="checkbox"/> 1. stupeň	<input type="checkbox"/> 2. stupeň	<input type="checkbox"/> oznamuji daný stupeň invalidity poprvé
	<input type="checkbox"/> 3. stupeň	<input type="checkbox"/> nezbytná péče	<input type="checkbox"/> potvrzuji trvání invalidity po 24 měsících

Datum, ke kterému byl pojištěný uznán invalidním v příslušném stupni:

Nemoc	Uvedte o jakou nemoc, pokud je důvodem invalidity, se jedná:		
<input type="checkbox"/>	Jedná se o nemoc z povolání?	NE <input type="checkbox"/>	ANO <input type="checkbox"/>
	Léčil se pojištěný v minulosti pro stejnou příčinu nebo mu byl v příčinné souvislosti přiznán některý stupeň invalidity?	NE <input type="checkbox"/>	ANO <input type="checkbox"/> Pokud ANO, uveďte od kdy do kdy a k tomu příslušný stupeň invalidity.
Úraz	Došlo k úrazu při sportu?	NE <input type="checkbox"/>	ANO <input type="checkbox"/> Druh sportu
<input type="checkbox"/>	Pokud ANO, jednalo se o profesionální sport?	NE <input type="checkbox"/>	ANO <input type="checkbox"/>
	Došlo k úrazu při výkonu povolání?	NE <input type="checkbox"/>	ANO <input type="checkbox"/> Pokud ANO, doložte záznam o pracovním úrazu.
	Vyšetřovala úraz policie?	NE <input type="checkbox"/>	ANO <input type="checkbox"/> Pokud ANO, doložte konečné usnesení.
	Kdy a kde k úrazu došlo?	Datum:	Čas: Místo:

CSOBPO6M0000000



Popis úrazového děje:

Došlo k úrazu pod vlivem alkoholu nebo jiných omamných látek?

NE ANO

Byla poraněná část těla již před úrazem postižena?

NE ANO

Pokud ANO, napište jak a kdy.

Jméno a příjmení:

Adresa:

Telefon:

Svědci přítomní úrazu:

Část 3

Přiložené doklady nezbytné k posouzení nároku na plnění z pojištění

Přiloženo ANO	NE	Název dokladu
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Posudek o invaliditě
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Rozhodnutí o přiznání nároku na nezbytnou péči, pokud je tento uplatňován
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Konečné usnesení, pokud byla příčina invalidity úrazová a úraz vyšetřovala policie
Seznam dokladů, jejichž předložení umožní včasné ukončení šetření pojistné události		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Lékařské zprávy vztahující se k diagnózám, které jsou příčinou invalidity
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Záznam o pracovním úrazu, pokud je příčinou invalidity

Uplatnil pojištěný nárok na pojistné plnění ze stejného důvodu i u jiného pojistitele?

NE ANO

Pokud ANO, uveďte název pojistitele.

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** 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**, 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 pojištěnými 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 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 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 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

Záznamy pojistitele

Lékařská zpráva

Invalidita

Poskytnutí údajů je v souladu se souhlasem pojištěného uvedeným v prohlášení na pojistné smlouvě. Zpráva je požadována za účelem šetření nutného ke zjištění rozsahu povinnosti pojistitele plnit, resp. za účelem objektivizace rozsahu nároků vyplývajících ze smluvního vztahu uzavřeného s pojištěným.

Údaje o pojištěném a jeho diagnózách

Jméno a příjmení	Rodné číslo
DG úrazového poškození	Úraz ze dne

Údaje o diagnózách, které jsou příčinou invalidity

Rozhodná DG pro přiznání invalidity a další spoluposuzované DG:

Datum stanovení rozhodné DG pro přiznání invalidity:

Kdy byla poprvé stanovena rozhodná DG vedoucí k přiznání invalidity?

Od kdy se datují první zdravotní problémy související s přiznáním invalidity příslušného stupně?

Příčina vzniku rozhodné DG vedoucí k přiznání invalidity (v případě úrazu kdy dle zdravotní karty k úrazu došlo a kde došlo k 1. ošetření, případně následnému léčení).

Pokud byl u posuzované invalidity k aktuálnímu datu přehodnocen důvod přiznání, resp. rozhodná DG v důsledku nové skutečnosti, uveďte důvod, popř. DG a datum od kdy byl nárok na invaliditu přehodnocen.

Pokud byla posuzovaná invalidita k aktuálnímu datu ukončena nebo přehodnocena na invaliditu nižšího stupně, uveďte důvod a datum, kdy k tomu došlo:

Byla v minulosti přiznána invalidita 1. nebo 2. stupně, nebo invalidita 3. stupně v souvislosti s DG, pro kterou je nyní přiznána invalidita?
 Pokud ANO, uveďte kdy (od – do) a jaká DG vedla k přiznání invalidity.

NE ANO

V dne

Razítko a podpis lékaře