

Oznámení pojistné události Úmrtí

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. Všechny doklady pošlete neprodleně na adresu ČSOB Pojišťovny uvedenou v záhlaví nebo elektronicky na info@csobpoj.cz.

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

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

Osobní údaje pojištěného (zemřelého)

Jméno a příjmení	Rodné číslo
Adresa bydliště (název ulice, číslo popisné, obec)	PSČ

Osobní údaje oznamovatele

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

Část 2 Údaje o události

Datum úmrtí	Příčina úmrtí	<input type="checkbox"/> nemoc	<input type="checkbox"/> sebevražda	<input type="checkbox"/> vražda	<input type="checkbox"/> úraz	<input type="checkbox"/> dopravní nehoda
Šetřila úmrtí policie?	NE <input type="checkbox"/>	ANO <input type="checkbox"/>	Pokud ANO, přiložte konečné usnesení.			

Část 3 Seznam dokladů nezbytných k posouzení nároku na plnění z pojištění

Přiloženo ANO	NE	Název dokladu
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ověřená kopie úmrtního listu (ověření zástupcem pojistitele)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Protokol či usnesení policie, pokud bylo úmrtí vyšetřováno
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Rozhodnutí o dědictví nebo formulář Zpráva notáře, a to v případě, že právo na pojistné plnění náleží osobě/osobám, které nejsou na pojistné smlouvě určeny vztahem manžel/manželka nebo konkrétně jménem, příjmením a datem narození.
Seznam dokladů, jejichž předložení umožní včasné ukončení šetření pojistné události		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Rozhodnutí správního orgánu
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Lékařská zpráva
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Pitevní protokol

Údaje o lékařích, u nichž se zemřelý léčil (nepovinné – uvedením údajů můžete urychlit likvidaci)

Praktický lékař	Jméno a příjmení	Adresa	Telefon
Odborný lékař nebo zařízení	Jméno a příjmení	Adresa	Telefon
Ženský lékař	Jméno a příjmení	Adresa	Telefon

CSOBPO600000000



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 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

Záznamy pojistitele

Lékařská zpráva

Úmrtí

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

Údaje o diagnózách, které byly příčinou úmrtí

Kdy jste převzal pojištěného do své lékařské péče (léčení, vyšetření)? Od kdy máte vedenu jeho zdravotní dokumentaci?

Uveďte ostatní lékaře (ústavy) u nichž se zesnulý léčil a z jakého důvodu, pro jakou DG.

Datum a místo úmrtí dle zdravotní dokumentace:

Na jakou nemoc jmenovaný zemřel a kdy byla poprvé diagnostikována? (DG klinická, laboratorní, sekční)

Byla tato nemoc komplikací nebo následkem jiné nemoci?
Pokud ANO, uveďte o jakou nemoc se jednalo a kdy byla tato nemoc poprvé diagnostikována.

NE ANO

Byl zesnulý v období pěti let před uzavřením pojistné smlouvy (viz přední strana tiskopisu – pokud je uvedeno více smluv, je nutné vždy údaj vztáhnout individuálně k jednotlivým datům), pro nemoc nebo následky alespoň 6 týdnů nepřetržitě neschopen práce? Z jakého důvodu, DG?

V dne

Razítko a podpis lékaře