

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.

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	Stát trvalého pobytu, pokud je jiný než ČR
Stát místa narození, pokud je jiný než ČR	Stát trvalého pobytu, pokud je jiný než ČR

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
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ověřená kopie protokolu či usnesení policie, pokud bylo úmrtí vyšetřováno
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ověřená kopie 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 soudu ve věci dědictví, opatrovnictví nebo trestného činu, bylo li projednáváno soudně
<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
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Zpráva o prohlídce mrtvého

Ověřenou kopii se rozumí ověřením s originálem pojišťovacím zprostředkovatelem nebo zaměstnancem finanční skupiny ČSOB, nebo notářem. O ověření učiní dotčená osoba záznam na kopii dokumentu.

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 všechny mé odpovědi na písemně položené dotazy pojistitele uvedené v tomto tiskopise jsou pravdivé a úplné a jsem si vědom důsledků nepravdivých odpovědí na povinnost pojistitele plnit.

Na základě zmocnění pojištěného uvedeného v prohlášení na pojistné smlouvě týkající se oprávnění lékařů sdělovat informace o zdravotním stavu a to i po smrti pojistiteli, souhlasím s poskytnutím těchto údajů. V souladu se zákonem č. 101/2000 Sb., o ochraně osobních údajů (dále jen „zákon“), výslovně souhlasím, aby mé osobní údaje byly pojistitelem zpracovány v rámci činnosti v pojišťovnictví a činnosti související s pojišťovací činností podle zák. č. 363/1999 Sb., o pojišťovnictví, a to po dobu nezbytně nutnou k zajištění všech práv a povinností plynoucích ze závazkového vztahu. Veškeré poskytnuté údaje bude zpracovávat pojistitel nebo zpracovatel registrovaný v souladu s § 16 zákona Úřadem pro ochranu osobních údajů. Prohlašuji, že jsem byl v souladu se zákonem řádně informován o zpracování mých osobních údajů. Na důkaz svého souhlasu s výše uvedeným, připojuji k tomuto prohlášení svůj podpis.

V dne
Podpis oznamovatele

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 jsou příčinou invalidity

Kdy jste převzal zesnulého 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