

Kontaktní adresa pro oznámení pojistné události

ČSOB Pojišťovna, a. s., člen holdingu ČSOB
Masarykovo náměstí 1458
532 18 Pardubice

Oznámení pojistné události

Vyplní osoba, která událost hlásí

K urychlení průběhu likvidace pomůže, pokud současně s oznámením budou doloženy jakékoliv doklady s údaji vztahujícími se k předmětnému druhu pojistné události.

Pojistná/úvěrová smlouva číslo

A. Osobní údaje pojištěného (poškozeného, jemuž se událost stala)

| | | |
|---|-------------------------|-------------------------|
| Příjmení a jméno pojištěného* | | Rodné číslo* |
| Místo trvalého pobytu: Ulice a číslo popisné, obec* | PSČ* | Telefon domů/zaměstnání |
| Číslo průkazu totožnosti* | Doba platnosti průkazu* | Stát jež průkaz vydal* |

B. Osobní údaje pojištěného, pokud se jedná o cizího státního příslušníka (poškozeného, jemuž se událost stala)

| | | |
|---|-------------------------|-------------------------|
| Příjmení a jméno pojištěného* | | Rodné číslo* |
| Místo trvalého pobytu: Ulice a číslo popisné, obec* | PSČ* | Telefon domů/zaměstnání |
| Číslo průkazu totožnosti* | Doba platnosti průkazu* | Stát jež průkaz vydal* |

C. Osobní údaje hlásitele/zplnomocněné osoby (je-li odlišný od pojištěného)

| | | |
|---|-------------------------|-------------------------|
| Příjmení a jméno osoby jež hlásí událost (uvádějte vždy v případě úmrtí pojištěného)* | | Rodné číslo* |
| Adresa kontaktní osoby jež hlásí událost (uvádějte vždy v případě úmrtí pojištěného)* | PSČ* | Telefon domů/zaměstnání |
| Číslo průkazu totožnosti* | Doba platnosti průkazu* | Stát jež průkaz vydal* |

* Údaje označené hvězdičkou slouží k identifikaci dle zákona č. 61/1996 Sb.

D. Údaje o události (vyplní pojištěný, nebo v případě úmrtí hlásitel)

Druh události

| | |
|---------------------------|--|
| Vážná nemoc | Diagnóza |
| Plná invalidita | Datum přiznání plné invalidity |
| Příčina vzniku invalidity | Nemoc <input type="checkbox"/> Úraz <input type="checkbox"/> |
| Úmrtí | Datum úmrtí |
| Příčina úmrtí (označte) | Nemoc <input type="checkbox"/> Úraz <input type="checkbox"/> Sebevražda <input type="checkbox"/> Vražda <input type="checkbox"/> |

Úrazová příčina vzniku plné invalidity (vyplňte pouze je-li příčina vzniku plné invalidity úraz)

| | |
|--|--|
| Datum vzniku úrazu | Uvedte podrobně jak a kde k úrazu došlo: |
| Která část těla byla postižena? | Byla poraněná část těla již před úrazem postižena? ANO <input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/> |
| Došlo k úrazu při dopravní nehodě? ANO <input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/> | Pokud ANO, kdo úraz zavinil? Pokud ANO, kdo případ vyšetřoval? (sdělte adresu a pokud vlastníte protokol nebo usnesení policie nebo jiného orgánu, doložte) |

| | | |
|--|--------------------------------------|---|
| Došlo k úrazu v zaměstnání? ANO <input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/> | Pokud ANO, kdo pracovní úraz zavinil | Pokud ANO, kdo případ vyšetřoval? (sdělte adresu a pokud vlastníte záznam o pracovním úrazu, doložte) |
| Došlo k úrazu při sportovní činnosti? Pokud ANO, při jaké? | | |
| Máte uzavřenou profesionální smlouvu o sportovní činnosti? ANO <input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/> | Pokud ANO, v jakém sportu? | |
| Jméno a adresa lékaře a zařízení, které poskytlo první ošetření: | | Kdy? |

Stručný popis události (vyplňte v případě úmrtí pojištěného)

E. Údaje o lékařích (vyplňte pokud jsou Vám známy)

| | |
|--|--|
| Lékař, u něhož má pojištěný vedenu zdravotní dokumentaci | |
| Jméno a příjmení lékaře ulice, číslo, místo ordinace telefonní spojení | |
| Odborný lékař či lékařské zařízení, kde se pojištěný léčil v souvislosti s hlášenou událostí | |
| Jméno a příjmení lékaře ulice, číslo, místo ordinace/lékařského zařízení telefonní spojení | |

F. Přiložené doklady

| 1) Nutné k zahájení likvidace | | | | | | | |
|-----------------------------------|--------------------------|---|--------------------------|--------------------------|--|--------------------------|--------------------------|
| Invalidita | | | Nemoc | | | Úmrtí | |
| Přiloženo ANO | NE | Název dokladu | Přiloženo ANO | NE | Název dokladu | Přiloženo ANO | NE |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Ověřená kopie rozhodnutí správy sociálního zabezpečení o přiznání plné invalidity | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Lékařská zpráva o diagnóze vážné choroby | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Kopie úvěrové smlouvy pokud se jedná o pojištění úvěrů | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Plná moc nutná k oznámení pojistné události v případě hlášení zplnomocněnou osobou | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Kopie původního splátkového kalendáře pokud se jedná o pojištění úvěrů | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Pojistka pokud se jedná o ČSOB Spořicí program | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Přihláška do pojištění pokud se jedná o pojištění úvěrů a hypoték HB | | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Doplňující zpráva k Invaliditě (tiskopis pojistovny) | | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Pojistka pokud se jedná o ČSOB Spořicí program | | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Ověřená kopie úmrtního listu | | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Kopie úvěrové smlouvy pokud se jedná o pojištění úvěrů | | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Kopie původního splátkového kalendáře pokud se jedná o pojištění úvěrů | | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Přihláška do pojištění pokud se jedná o pojištění úvěrů o hypoték HB | | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Doplňující zpráva k Úmrtí (tiskopis pojistovny) | | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Pojistka pokud se jedná o ČSOB Spořicí program | | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2) Podporující ukončení likvidace | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Lékařská zpráva o důvodu přiznání plné invalidity – určení diagnózy | | | | | |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Lékařská zpráva o příčině úmrtí | | | | | |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Pitevní zpráva | | | | | |
| 3) Ostatní | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Soudní rozhodnutí – trestný čin | | | | | |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Rozhodnutí správního orgánu | | | | | |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Jiné (uveďte název): | | | | | |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Šetřila Policie ČR nebo jiný subjekt? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Pokud ANO, je přiložen(o) Protokol či Usnesení? | | |

G. Údaje pro výplatu plnění (vyplňte v případě hlášení z ČSOB Spořicího programu)

| | | | | |
|---|------------|-----------|-------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Plnění poukáže na účet u peněžního ústavu (název banky): | Číslo účtu | Kód banky | Specifický symbol | Variabilní symbol |
| <input type="checkbox"/> nebo na adresu (uveďte ulici, č.p., obec a PSČ, či zaškrtněte políčko vpravo): | | | | <input type="checkbox"/> adresa je shodná s adresou pojištěného |

Prohlášení

Pojištěného nebo zákonného zástupce (je-li pojištěný nezletilý):

Prohlašuji, že všechny mé odpovědi na písemně položené dotazy pojistitele uvedené v tomto tiskopisu jsou pravdivé a úplné a jsem si vědom důsledků nepravdivých odpovědí na povinnost pojistitele plnit. V souladu se zákonem č. 101/2000 Sb., o ochraně osobních údajů, ve znění pozdějších předpisů (dále jen „zákon“), souhlasím, aby mé osobní údaje, včetně údajů o mém zdravotním stavu, (resp. údaje, týkající se nezletilého, jehož jsem zákonným zástupcem (dále jen „nezletilý“)), včetně údajů o jeho zdravotním stavu byly pojistitelem zpracovávány v rámci činnosti v pojišťovnictví a činnosti související s pojišťovací činností podle zákona č. 363/1999 Sb., o pojišťovnictví, ve znění pozdějších předpisů, a to po dobu nezbytně nutnou k zajištění práv a povinností plynoucích ze závazkového vztahu. Ve smyslu zákona č. 133/2000 Sb., o evidenci obyvatel a o rodných číslech a o změně některých zákonů, ve znění pozdějších předpisů, souhlasím s tím, aby ve stejném rozsahu, za stejným účelem a po stejnou dobu jako ostatní osobní údaje bylo využíváno rodné číslo, jehož jsem nositelem (resp. jehož nositelem je nezletilý). Prohlašuji, že jsem byl v souladu se zákonem řádně informován o zpracování mých osobních údajů (resp. údajů týkajících se nezletilého), svých právech a povinnostech zpracovatelů údajů. Veškeré poskytnuté údaje bude zpracovávat pojistitel nebo zpracovatel registrovaný v souladu s § 16 zákona Úřadem pro ochranu osobních. Dále zmocňuji pojistitele, aby si pro potřebu šetření pojistné události vyžadoval veškeré informace a potřebnou zdravotní dokumentaci o mém zdravotním stavu (resp. zdravotním stavu nezletilého) a zavazují se tuto zdravotní dokumentaci v případě potřeby pro pojistitele zajistit. Zároveň žádám a opravňuji tímto všechny dotazované ošetřující lékaře o uvedení přesné diagnózy choroby, přesný popis operace či důvodů k zařazení na čekací listinu. Na důkaz svého souhlasu s výše uvedením zmocněním připojuji k tomuto prohlášení svůj podpis. Tímto zároveň lékaře, ústavy a zdravotnická zařízení, které pojistitel o uvedené informace požádá, zprošťuji od povinnosti zachovávat mlčenlivost.

Hlásitele nebo zplnomocněné osoby:

Prohlašuji, že všechny mé odpovědi na písemně položené dotazy pojistitele uvedené v tomto tiskopise jsou pravdivé a úplné. V souladu se zákonem č. 101/2000 Sb., o ochraně osobních údajů a o změně některých zákonů, ve znění pozdějších předpisů (dále jen „zákon“), výslovně souhlasím, aby mé osobní údaje byly pojistitelem zpracovány v rámci činnosti v pojišťovnictví a činnosti související s pojišťovací činností podle zákona č. 363/1999 Sb., o pojišťovnictví a o změně některých souvisejících zákonů, ve znění pozdějších předpisů, a to po dobu nezbytně nutnou k zajištění všech práv a povinností plynoucích ze závazkového vztahu. Ve smyslu zákona č. 133/2000 Sb., o evidenci obyvatel a o rodných číslech a o změně některých zákonů, ve znění pozdějších předpisů, souhlasím s tím, aby ve stejném rozsahu, za stejným účelem a po stejnou dobu jako ostatní osobní údaje bylo využíváno rodné číslo, jehož jsem nositelem. Prohlašuji, že jsem byl v souladu se zákonem řádně informován o zpracování mých osobních údajů, o svých právech a o povinnostech zpracovatelů údajů. Veškeré poskytnuté údaje bude zpracovávat pojistitel nebo zpracovatel registrovaný v souladu s ust. § 16 zákona Úřadem pro ochranu osobních údajů. Na důkaz svého souhlasu s výše uvedeným připojuji k tomuto prohlášení svůj podpis. Zplnomocněná osoba zároveň prohlašuje, že v souladu s plnou mocí, kterou jí pojištěný udělil, je oprávněna jeho jménem žádat ošetřující lékaře o poskytnutí údajů o jeho zdravotním stavu a léčení včetně potřebné zdravotní dokumentace. Zároveň přikládá originál či ověřenou kopii udělené plné moci.

V dne

.....
Podpis, rodné číslo pojištěného
(resp. zákonného zástupce)

.....
Podpis hlásitele nebo zplnomocněné osoby
(předkládá-li tiskopis)