

Oznámení pojistné události Pojištění nezaplacených pohledávek

Jak postupovat při oznámení pojistné události

- Pojistnou událost nám oznámte zasláním kompletně vyplněného **formuláře Oznámení pojistné události – Pojištění nezaplacených pohledávek**.
- Doložte nám soudem vydaný **platební rozkaz pro každou z pohledávek**.
- Přiložte **specifikaci každé pohledávky** (zejména objednávku nebo smlouvu o dílo, fakturu, předžalobní výzvu).
- Dále připojte **výpis z účetní evidence**, ze kterého je zřejmé, že jsou pohledávky evidované ve Vašem účetnictví.
- A to je vše. Teď už stačí požadované podklady zaslat na **info@csobpoj.cz** nebo na adresu uvedenou v záhlaví formuláře.
- Pokud vyhodnotíme, že k vyřízení Vaší pojistné události potřebujeme doplňující podklady, budeme Vás kontaktovat.

Pojistné smlouvy, ze kterých uplatňujete nárok na pojistné plnění

| | | |
|---------|---------|---------|
| č. | č. | č. |
|---------|---------|---------|

Pojištěný - osoba, které klesly příjmy v důsledku nezaplacených pohledávek

| | | | |
|--|---|--|--|
| Jméno | Příjmení | Rodné číslo | Zdravotní pojišťovna |
| Adresa bydliště (ulice, č.p., obec) | | PSČ | Telefon |
| Korespondenční adresa (ulice, č.p., obec) | | PSČ | E-mail |
| Místo narození | Stát místa narození, pokud je jiný než ČR | | Stát trvalého pobytu, pokud je jiný než ČR |
| Průkaz totožnosti , podle kterého byly ověřeny údaje a podoba identifikované osoby | | | |
| <input type="checkbox"/> Občanský průkaz <input type="checkbox"/> Cestovní pas <input type="checkbox"/> Jiný doklad: | | | |
| Číslo průkazu totožnosti | Vydáno (stát, popř. orgán) | | Platnost průkazu totožnosti do |
| Státní občanství | Politicky exponovaná osoba | Pokud ANO, uveďte statut politicky exponované osoby a v jakých obdobích. | |
| <input type="checkbox"/> ČR <input type="checkbox"/> Jiné: | <input type="checkbox"/> ANO | | |

Oznamovatel – osoba, která oznamuje pojistnou událost (vyplňte pouze, je-li oznamovatel odlišný od pojištěného)

| | | | |
|--|-----------------------------------|--|--|
| <input type="checkbox"/> Zástupce na základě plné moci <input type="checkbox"/> Jiné: | | | |
| Jméno | Příjmení | Rodné číslo | Datum narození (jen u cizích st. přísl.) |
| Adresa bydliště (ulice, č. p., obec) | | PSČ | Telefon |
| Korespondenční adresa (ulice, č.p., obec) | | PSČ | E-mail |
| Pohlaví | Místo narození | Stát místa narození, pokud je jiný než ČR | Stát trvalého pobytu, pokud je jiný než ČR |
| <input type="checkbox"/> muž <input type="checkbox"/> žena | | | |
| Průkaz totožnosti , podle kterého byly ověřeny údaje a podoba identifikované osoby | | | |
| <input type="checkbox"/> Občanský průkaz <input type="checkbox"/> Cestovní pas <input type="checkbox"/> Jiný doklad: | | | |
| Číslo průkazu totožnosti | Vydáno (stát, popř. orgán) | | Platnost průkazu totožnosti do |
| Státní občanství | Politicky exponovaná osoba | Pokud ANO, uveďte statut politicky exponované osoby a v jakých obdobích. | |
| <input type="checkbox"/> ČR <input type="checkbox"/> Jiné: | <input type="checkbox"/> ANO | | |

Údaje o nezaplacených pohledávkách

| |
|---|
| Datum vydání platebního rozkazu ke 3. nezaplacené pohledávce: |
|---|



Doplňující informace

Uplatnil/a jste nárok na pojistné plnění ze stejného důvodu i u jiné pojišťovny?

NE ANO

Pokud ANO, uveďte název pojišťovny.

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 memorandumem);
- 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 memorandumem a pro zodpovězení všech mých případných dotazů k Informačnímu memorandu jsem měl možnost obrátit se na pojistitele.

Souhlasy pojištěného:

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).

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, 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.

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 memorandumem);
- 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 memorandumem a pro zodpovězení všech mých případných dotazů k Informačnímu memorandu jsem měl možnost obrátit se na pojistitele.

Souhlasy 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).

V dne

Podpis pojištěného

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