

Záznamy pojistitele

Oznámení pojistné události Ztráta zaměstnání

Tento formulář nejprve vyplňte v částech 1 až 3 a přiložte k němu doklady nezbytné k posouzení nároku na pojistné plnění. Poté formulář, včetně nezbytných příloh, jejichž seznam je uveden v bodě 3, pošlete 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

Jméno a příjmení		Rodné číslo	Zdravotní pojišťovna
Korespondenční adresa (název ulice, číslo popisné, obec)		PSC	Telefon
E-mail	Stát místa narození, pokud je jiný než ČR	Stát trvalého pobytu, pokud je jiný než ČR	
Povolání / převažující druh výdělečné činnosti			

Osobní údaje oznamovatele zplnomocněné osoby (je-li odlišná od pojištěného), zákonného zástupce nezletilého pojištěného

Jméno a příjmení		Rodné číslo
Korespondenční adresa (název ulice, číslo popisné, obec)		Telefon
E-mail	Stát místa narození, pokud je jiný než ČR	Stát trvalého pobytu, pokud je jiný než ČR

Výplata pojistného plnění

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

Část 2 Údaje o události

Poslední zaměstnavatel pojištěného (uvedte název firmy, adresu a místo výkonu práce):
 Název firmy: _____ Adresa a místo výkonu práce: _____

Pracovní poměr skončil dne: _____

výpovědí zaměstnavatele z organizačních důvodů

výpovědí zaměstnance z důvodu zdravotního stavu zaměstnance

okamžitým zrušením ze strany zaměstnance z důvodu jeho zdravotního stavu

z důvodu nevyplácení mzdy

Uplatnil pojištěný nárok na pojistné plnění ze stejného důvodu i u jiného pojistitele? **NE** **ANO** Pokud ANO, uveďte název pojistitele.

CSOBPO6P0000000



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

Přiloženo ANO NE		Název dokladu
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Doklad o skončení pracovního poměru od zaměstnavatele nebo doklad o skončení služebního poměru (potvrzení o výkonu služby)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Doklad o evidenci na úřadu práce
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Potvrzení přiznání dávek podpory v nezaměstnanosti nebo potvrzení o čerpání dávek nemocenské (pokud nemocenskou čerpáte v době, za níž Vám vzniká nárok na podporu v nezaměstnanosti) nebo potvrzení přiznání dávek na rekvalifikaci (pokud Vám byly dávky na rekvalifikaci přiznány v době, za níž Vám vzniká nárok na podporu v nezaměstnanosti)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Pracovní smlouva nebo potvrzení od zaměstnavatele, že pracovní poměr, resp. služební poměr byl na dobu neurčitou
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Smlouva o úvěru v případě plnění z pojištění k úvěru
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Příhláška do pojištění v případě plnění z pojištění k úvěru.

Prohlášení**Pojištěného:**

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 (dále jen „zákon“), souhlasím, aby mé osobní údaje, včetně údajů o mém zdravotním stavu, byly pojistitelem zpracovávány v rámci činnosti v pojišťovnictví a činnosti související s pojišťovací činností podle zákona č. 277/2009 Sb., o pojišťovnictví, 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 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, svých právech a povinnostech zpracovatelů údajů. Veškeré poskytnuté údaje bude zpracovávat pojistitel nebo zpracovatel registrovaný v souladu s § 16 zákona Úřadem pro ochranu osobních údajů. Dále zmocňuji pojistitele, aby si pro potřebu šetření pojistné události vyžadoval veškeré informace a potřebnou zdravotní dokumentaci o mém zdravotním stavu 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. 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.

Oznamovatele 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., výslovně souhlasím, aby mé osobní údaje byly pojistitelem zpracovány v rámci činnosti v pojišťovnictví a činnosti související s pojišťovací činností podle zákona č. 277/2009 Sb., o pojišťovnictví 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, 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 uvedením 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.

Souhlasím s tím, že budu pojišťovnou kontaktován/a elektronickou cestou s využitím mnou uvedených kontaktních údajů (e-mail / telefon) a to včetně zaslání informací o mém zdravotním stavu nebo zdravotním stavu toho, jehož jsem zákonným zástupcem.

V dne

.....
Podpis pojištěného

.....
Podpis oznamovatele, zplnomocněné osoby
(předkládá-li tiskopis)