

## Oznámení pojistné události – INVALIDITA III. stupně

### Pokyny pro vyplnění formuláře:

1. Vyplňte formulář ve všech bodech. U políček s možností volby označte platnou odpověď křížkem.
2. V případě nejasností při vyplňování formuláře nás můžete kontaktovat na **bezplatné informační lince Klientského servisu 800 10 66 10**.
3. Oznámení zašlete doporučeně na adresu: **ESOX s.r.o., F. A. Gerstnera 52, 370 01 České Budějovice**.
4. K žádosti dále přiložte:
  - Ověřenou kopii **Posudku o invaliditě** od lékařské komise Okresní správy sociálního zabezpečení,
  - Ověřenou kopii **Rozhodnutí o přiznání invalidního důchodu** od České zprávy sociálního zabezpečení.
  - Lékařskou dokumentaci, která má vztah ke vzniku pojistné události (lékařské zprávy, Propouštěcí zprávy, Policejní protokol, pokud byl úraz šetřen Policií ČR, kopí Posudků o přiznání invalidity I. nebo II. stupně apod.)

Bez kompletního vyplnění formuláře nelze zahájit šetření pojistné události a podstatně se prodlouží doba likvidace. Pojistitel je oprávněn ověřit si veškeré informace k hlášené pojistné události.

## Vyplní pojištěný

ÚDAJE O POJIŠTĚNÉM	
Příjmení a jméno pojištěného:	Rodné číslo (není-li, uveďte datum narození):
Místo narození:	Pohlaví: <input type="checkbox"/> muž <input type="checkbox"/> žena
Státní občanství:	Forma pobytu: <input type="checkbox"/> trvalý <input type="checkbox"/> jiný
Adresa trvalého bydliště vč. PSČ a státu:	
Korespondenční adresa (liší-li se od adresy trvalého bydliště):	
Číslo průkazu totožnosti:	Druh: občanský průkaz <input type="checkbox"/> pas <input type="checkbox"/> jiný doklad:
Orgán, který průkaz totožnosti vydal:	
Platnost průkazu od  _ _ / _ _ / _ _ _ _  do  _ _ / _ _ / _ _ _ _	
Email:	Telefon:
Jméno a adresa Vašeho praktického lékaře:	
Jména a adresy Vašich odborných lékařů, kteří Vás vyšetřovali v souvislosti s nemocí/úrazem, pro které byla přiznána invalidita:	
Pobíral(a) jsem invalidní důchod již dříve ano <input type="checkbox"/> ode dne  _ _ / _ _ / _ _ _ _  pro invaliditu I. stupně <input type="checkbox"/> II. stupně <input type="checkbox"/> III. stupně <input type="checkbox"/> (přiložte kopie dokladů, vztahujících se k dřívějšímu přiznání invalidity)	
ne <input type="checkbox"/>	

**ÚDAJE O POJISTNÉ SMLOUVĚ**

Číslo pojistné smlouvy/smluv:

**Pojistné plnění bude poukázáno společnosti ESSOX s.r.o. v souladu s pojistnými podmínkami tohoto pojištění.****PROHLÁŠENÍ A ZMOCNĚNÍ**

Žádám o plnění z pojistné události a prohlašuji, že všechny údaje v tomto Oznámení jsem uvedl/a úplně a pravdivě. Jsem si vědom/a, že neúplné a nesprávné odpovědi mají vliv na plnění pojišťovny.

Souhlasím, aby pojišťovna v souladu s občanským zákoníkem sama nebo prostřednictvím pověřeného lékaře získávala údaje o mém zdravotním stavu, včetně jakékoliv zdravotnické dokumentace, od mého lékaře, zdravotní pojišťovny či jakéhokoli orgánu veřejné moci. Zmocňuji pojišťovnu, aby si od těchto osob či orgánů zjišťovala informace o mém zdravotním stavu, nahlížela do mé zdravotnické dokumentace a jiných záznamů o mém zdravotním stavu, pořizovala z nich výpisy či opisy, a to i po mé smrti. Pro účely tohoto zmocnění a v jeho rozsahu zprošťuji uvedené osoby a orgány jejich zákonné či smluvní povinnosti mlčenlivosti, a to i ve smyslu zákona číslo 372/2011 Sb., o zdravotních službách.

V

dne

\_\_\_\_\_  
Podpis pojištěného / zákonného zástupce

V

dne

\_\_\_\_\_  
Podpis zástupce ESSOX s.r.o.