



Česká podnikatelská pojišťovna, a.s., Vienna Insurance Group,
Pobřežní 665/23, 186 00 Praha 8, IČ: 63998530, klientská linka: 841 444 555
Adresa pro zaslání korespondence: Česká podnikatelská pojišťovna, a.s., Vienna Insurance Group, P.O.BOX 28, 664 42 Modřice

OZNÁMENÍ úmrtí pojištěného

- ☐ Pojištění resp. připojištění pro případ smrti – č. poj.smluv.....
- ☐ Připojištění zproštění od placení – č.poj.smluv.....

Oznámení úmrtí se vztahuje pouze na označené riziko ve zde uvedených pojistných smlouvách. Nevztahuje se tedy na ostatní smlouvy pojištěného zde neuvedené.

Osobní údaje pojištěného:

Jméno, příjmení: Rodné číslo:.....

Adresa:

Údaje o pojistné události:

Datum úmrtí:Příčina úmrtí:

Osoba oprávněná k přijetí pojistného plnění: (v případě nezletilé osoby vyplňte její jméno, ostatní údaje se týkají zákonného zástupce)

jméno a příjmení..... rodné číslo*.....

bydliště

vztah k pojištěnému.....kontaktní telefon

Zákonný zástupce: jméno, příjmení a vztah k oprávněnému

rodné číslo*..... bydliště.....

*datum narození, je-li oprávněná osoba/zákonný zástupce cizinec

Ověření identifikace osoby oprávněné k přijetí pojistného plnění z pojištění pro případ smrti příp. zákonného zástupce:

Druh dokladu (OP, CP, ŘP, ID)	Číslo dokladu	Platnost do	Vydal (orgán, stát**)

místo, stát narození**.....státní občanství**.....

**není-li uvedeno, platí Česká republika

Jsem ve smyslu zákona č. 253/2008 Sb. politicky exponovanou osobou nebo osobou spřízněnou ☐ ANO

Jméno, příjmení a adresa notáře, který vyřizuje dědické řízení:

Přílože k oznámení:

- kopii úmrtního listu
- při tragickém úmrtí (autonehoda, vražda atd.) – výsledek vyšetřování Policie ČR
- v případě pojistné události dítěte, které je připojištěno smlouvou dospělé osoby, doložte **kopii rodného listu** pojištěného dítěte popř. rozhodnutí soudu o osvojení či rozhodnutí soudu o přidělení dítěte do péče prvnímu pojištěnému jako poručníkovi

Počet příloh:

Prosíme, zajistěte vyplnění druhé strany tohoto tiskopisu!

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem na všechny dotazy odpověděl(a) pravdivě a úplně. V souladu se zákonem č. 101/2000 Sb., o ochraně osobních údajů a o změně některých zákonů v platném znění (dále jen „zákon“), souhlasím se zpracováním a využitím mých osobních údajů. Tento souhlas dávám ve prospěch České podnikatelské pojišťovny, a.s., Vienna Insurance Group (dále jen „ČPP“), a to v rámci její činnosti v pojišťovnictví po dobu nezbytně nutnou k zajištění výkonu práv a plnění povinností plynoucích z pojistné smlouvy. Informace o zpracovávání osobních údajů bude poskytována v souladu s § 12 zákona. Ochrana práv subjektu údajů bude zabezpečena v souladu s § 21 zákona. Dále prohlašuji, že pojistitelem vyplacené finanční prostředky nebudou použity v souvislosti s financováním terorismu.

Pojistné plnění poukážte na bankovní účet:

Č.ú. kód banky

Zprostředkovatel pojištění / zaměstnanec pojišťovny:***

Oznámení převzal a zároveň provedl ověření identifikace dle platných právních předpisů, nebyla-li identifikace provedena jinou osobou viz níže.

Jméno a příjmení:.....

Číslo zprostředkovatele/ Osobní číslo: Telefon:.....

V Dne

.....
podpis oprávněné/obmyšlené osoby (zákonného zástupce)

.....
podpis zprostředkovatele pojištění příp. zaměstnance pojišťovny

*** ověření identifikace pojistníka musí být provedena oprávněným zaměstnancem pojišťovny nebo zprostředkovatelem, působícím v kanceláři typu I., uvedeném ve zvláštním seznamu, případně může být ověření identifikace provedeno notářským zápisem, obecním/krajským úřadem s rozšířenou působností (tato forma ověření bude přiložena jako příloha)

ČPP upozorňuje, že ten, kdo při uplatnění nároku na plnění z pojistné smlouvy uvede nepravdivé nebo hrubě zkreslené údaje nebo podstatné údaje zamlčí, vystavuje se možnosti postihu podle trestního zákona.

ZPRÁVA OŠETŘUJÍCÍHO LÉKAŘE

Upozornění pro lékaře:

1. Odměnu za vyplnění tohoto tiskopisu Vám uhradí oprávněný / obmyslený, kterému její přijetí potvrdíte stvrzenkou.
2. Prosíme o **čitelné** vyplnění všech údajů.
3. Pokud nestačí pro požadované údaje místo v předtištěných rubrikách, použijte samostatného papíru jako přílohy.

Počet příloh:

Zpráva je požadována za účelem šetření pojistné události, která nastala úmrtím pojištěného uvedeného na první straně tohoto oznámení, a pro stanovení objektivního rozsahu pojistného plnění z pojistné smlouvy pojistitelem.

Kdy došlo k úmrtí pojištěného? Datum: v hod.

Místo úmrtí pojištěného:

Příčina úmrtí pojištěného:

.....

.....

Kdy byla lékařem diagnostikována nemoc, která byla příčinou úmrtí? Měsíc, rok:

Další nemoci, které mají souvislost s úmrtím včetně data určení jejich diagnózy lékařem:

.....

.....

Zdravotnické zařízení, ve kterém se pojištěný léčil (název, adresa, jméno/a odborného/ých lékaře/ů):

.....

.....

V případě úmrtí pojištěného ve zdravotnickém zařízení, uveďte název a adresu:

.....

V případě úmrtí následkem úrazu uveďte, zda má předchozí zdravotní stav nějakou souvislost s příčinou úmrtí:

.....

.....

Byl příčinou úmrtí vliv alkoholu, návykových látek nebo léků? Jakých?

.....

..... V krvi bylo zjištěno ‰.

Bylo příčinou úmrtí úmyslné sebepoškození?

.....

Byl pojištěnému přiznán nejvyšší stupeň invalidity? Pokud ano, datum přiznání:

Jiné sdělení lékaře:

Adresa:

Telefon:

V dne

razítko a podpis lékaře

(v případě více oprávněných/obmyslených osob vyplní každý první stranu tohoto tiskopisu; vyplněnou druhou stranu a přílohy stačí poskytnout pojišťovně jen jednou. Za vyplnění formuláře uhradte prosím lékaři požadovaný honorář. Doklad o zaplacení tohoto honoráře Vám bude proplacen do výše 200 Kč. Tento doklad zašlete spolu s tímto formulářem.