

**Hlášení pojistné události – úmrtí****Z3025**

Kompletním vyplněním a doložením všech požadovaných dokladů přispějete k rychlé likvidaci pojistné události.
V případě jakýchkoliv dotazů se obraťte na informační linku 958 888 111 (ve všední dny od 7 do 19 hodin).

Vyplněný formulář zašlete na adresu: Pojišťovna České spořitelny, a.s., Vienna Insurance Group, náměstí Republiky 115, Zelené Předměstí, 530 02 Pardubice.

> POJISTNÁ SMLOUVA

Uveďte čísla pojistných smluv, ze kterých hlásíte pojistnou událost

ČÍSLO SMLOUVY	ČÍSLO SMLOUVY	ČÍSLO SMLOUVY
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

> POJIŠTĚNÁ OSOBA

JMÉNO PŘÍMENÍ TITUL

RODNÉ ČÍSLO

Uveďte jméno a adresu praktického lékaře, u kterého je vedena kompletní zdravotní dokumentace.

> POPIS UDÁLOSTI

Datum úmrtí DEN MĚSÍC ROK

Příčina úmrtí

nemoc **!** Doložte kopii úmrtního listu. V případě úmrtí **do dvou let** od počátku pojištění doložte kopie zdravotní dokumentace, týkající se příznaků, vyšetření a nálezů, na jejichž základě byla diagnóza stanovena, a kopie zdravotní dokumentace týkající se předchozích příznaků, které byly v příčinné souvislosti s tímto onemocněním.

úraz **!** Doložte kopii úmrtního listu. Doložte kopii protokolu vyšetřování od Policie ČR.

> OSOBA, KTERÁ UPLATŇUJE NÁROK NA POJISTNÉ PLNĚNÍ

Pojistnou událost hlásíte jako (vyberte jednu z variant):

Obmyšlený (osoba uvedená v pojistné smlouvě nebo určená zákonem*)

Pojistník (zemře-li dítě)

Zákonný zástupce (je-li obmyšlenou osobou nezletilé dítě)

Osoba s plnou mocí **!** Doložte ověřenou kopii plné moci s úředně ověřeným podpisem zmocnitele, která vás opravňuje k zastupování obmyšleného.

Jiné **!** Uveďte vztah k pojištěnému či obmyšlenému a doložte kopii dokumentu, který vás opravňuje k hlášení pojistné události.

*Není-li obmyšlená osoba uvedena v pojistné smlouvě, vznikne právo osobám určeným zákonem v posloupnosti manžel nebo manželka pojištěného, děti pojištěného, rodiče pojištěného atd.

> ÚDAJE O OSOBĚ, KTERÁ UPLATŇUJE NÁROK NA POJISTNÉ PLNĚNÍ (uveďte kontaktní adresu)

JMÉNO PŘÍMENÍ TITUL

RODNÉ ČÍSLO E-MAIL TELEFON

KONTAKTNÍ ADRESA

ULICE Č. P. PSČ

OBEC STÁT

V případě obchodní firmy uveďte sídlo společnosti a její IČ.

STÁT TRVALÉHO BYDLIŠTĚ

Vyplní obmyšlená osoba, nebo osoba zastupující obmyšleného za obmyšleného.

Obmyšlená osoba nyní je (nebo v posledních 12 měsících byla) politicky exponovanou osobou, nebo je (nebo v posledních 12 měsících byla) vůči politicky exponované osobě v postavení osoby blízké či jiné ve smyslu zákona č. 253/2008 Sb., o některých opatřeních proti legalizaci výnosů z trestné činnosti a financování terorismu. K hlášení pojistné události je nutné přiložit vyplněný formulář Prohlášení klienta o politicky exponované osobě, který je jeho nedílnou součástí. Formulář naleznete na www.pojistovnacs.cz.

Obmyšlená osoba je daňovým rezidentem jiného státu než ČR, jakého

DIČ (daňové identifikační číslo)

Je-li obmyšlená osoba právnickou osobou a současně daňovým rezidentem jiného státu než ČR ve smyslu zákona č. 164/2013 Sb., o mezinárodní spolupráci při správě daní, je nutné přiložit k hlášení pojistné události vyplněný Formulář k provedení identifikace a kontroly podnikající fyzické osoby nebo právnické osoby, který je jeho nedílnou součástí. Formulář je k dispozici na www.pojistovnacs.cz.

Obmyšlená osoba (uveďte údaje o obmyšlené osobě v případě, že není zároveň osobou, která uplatňuje nárok na pojistné plnění / příjemcem plnění):

JMÉNO PŘÍJMENÍ TITUL

RODNÉ ČÍSLO

STÁT TRVALÉHO BYDLIŠTĚ

> JAKÝM ZPŮSOBEM CHCETE VYPLATIT POJISTNÉ PLNĚNÍ (vyberte jednu z variant)?

Na účet vedený v ČR / kód banky

Na sběrný účet České spořitelny (lze vyzvednout na kterékoliv pobočce České spořitelny, a.s.)

Poštovní poukázkou na výše uvedenou adresu (za tento způsob výplaty účtujeme poplatek dle platného přehledu poplatků a parametrů produktu)

V případě, že očekáváte, že pojistné plnění přesáhne částku 1 000 EUR, je nutné vyplnit i Formulář k provedení identifikace žadatele o pojistné plnění na 4. straně tohoto formuláře. V opačném případě bude plnění automaticky zasláno na sběrný účet České spořitelny.

Prohlašuji, že všechny údaje jsem uvedl/a úplně a pravdivě. Jsem si vědom/a právních důsledků neúplných nebo nepravdivých odpovědí na vaši povinnost plnit.

Poskytují souhlas:

- k zaslání sdělení týkajících se stavu a výsledků šetření pojistné události s využitím prostředků elektronické komunikace (např. e-mail, SMS) na kontakty, které jsem uvedl/a v tomto hlášení pojistné události. Tímto způsobem nebudou zasílána sdělení obsahující osobní a citlivé údaje.

ZPRACOVÁNÍ OSOBNÍCH ÚDAJŮ

V následující části jsou uvedeny základní informace o zpracování vašich osobních údajů. Tyto informace se na vás uplatní, pokud jste fyzickou osobou. Více informací, včetně možnosti podání námitek v případě zpracování na základě oprávněného zájmu, práva na přístup a dalších práv, naleznete v Informačním listu o ochraně osobních údajů, který je trvale dostupný na webové stránce www.pojistovnacs.cz v sekci „Ochrana osobních údajů“ a na vyžádání na všech obchodních místech pojišťovny.

Osobní údaje oprávněné osoby a osoby uplatňující nárok na pojistné plnění jsou zpracovávány:

- na základě oprávněného zájmu pojišťovny spočívajícího v zajištění řádné likvidace pojistných událostí,
- na základě oprávněného zájmu pojišťovny spočívajícího v ochraně před neoprávněnými či protiprávními nároky, konkrétně za účelem ochrany právních nároků pojišťovny a předcházení podvodům a jejich vyšetřování,
- ke splnění své zákonné povinnosti vyplývající ze zákona č. 253/2008 Sb., o některých opatřeních proti legalizaci výnosů z trestné činnosti a financování terorismu.

Osoba uplatňující nárok na pojistné plnění se podpisem tohoto formuláře zavazuje informovat oprávněnou osobu, v jejíž prospěch má být pojistné plnění vyplaceno, o zpracování jejich osobních údajů.

PODPIS OSOBY, KTERÁ UPLATŇUJE
NÁROK NA POJISTNÉ PLNĚNÍ

V

DNE

> LÉKAŘSKÁ ZPRÁVA

Tuto část formuláře je nutné předložit k vyplnění ošetřujícímu lékaři pojištěného v případě úmrtí do doby dvou let od počátku pojištění. Poplatek za vyplnění formuláře lékařem hradí oprávněná osoba.

VYPLŇUJE LÉKAŘ

▶ POJIŠTĚNÁ OSOBA

JMÉNO	PŘÍJMENÍ	TITUL
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

RODNÉ ČÍSLO
<input type="text"/>

▶ PŘÍČINA ÚMRTÍ

Nemoc

Název diagnózy (v příčinné souvislosti s úmrtím)	Dle MKN10	Datum prvního stanovení diagnózy
1.	<input type="text"/>	<input type="text"/>
2.	<input type="text"/>	<input type="text"/>
3.	<input type="text"/>	<input type="text"/>
4.	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Uvedte příznaky, vyšetření a nálezy, na základě kterých byla stanovena diagnóza.

<input type="text"/>
<input type="text"/>
<input type="text"/>

Úraz

Název diagnózy	Dle MKN10
<input type="text"/>	<input type="text"/>

Datum úrazu	Datum prvního lékařského ošetření
<input type="text"/>	<input type="text"/>

Jak se úraz stal?

<input type="text"/>

Byl pojištěný v době úrazu pod vlivem alkoholu či jiných návykových látek? ANO NE

▶ Pokud ano, uveďte ‰ alkoholu ‰

▶ Uveďte hladinu a způsob měření návykové látky

Byl příčinou úrazu pokus o sebevraždu nebo sebepoškození? ANO NE

Lékař svým podpisem potvrzuje, že ošetřoval pojištěného, který je uveden v tomto formuláři, a podle ustanovení zákona č. 89/2012 Sb., občanský zákoník, uvedl veškeré jemu dostupné informace týkající se předmětné pojistné události.

V	DNE	RAZÍTKO A PODPIS LÉKAŘE
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Formulář k provedení identifikace žadatele o pojistné plnění

Formulář k provedení identifikace žadatele o pojistné plnění je nutné vyplnit v případech, kdy požadujete zaslat výplatu na svůj účet nebo na kontaktní adresu (složenka) a pojistné plnění převyšuje v přepočtu hodnotu 1 000 EUR. Pokud nezašlete správně vyplněný formulář k provedení identifikace a pojistné plnění převyšuje 1 000 EUR, zašleme výplatu pojistného plnění na účet České spořitelny, a.s. (tzv. sběrný účet) a identifikace bude provedena při výplatě na pobočce České spořitelny.

Ověření identifikačních údajů může na základě předložení dokladu totožnosti (občanský průkaz, cestovní pas) provést:

- pojišťovací poradce spolupracující s Pojišťovnou České spořitelny, a.s., Vienna Insurance Group,
- pracovník na kterékoliv pobočce České spořitelny, a.s.,
- obecní úřad s rozšířenou působností, krajský úřad, notář (doložení sepsané identifikační listiny, která je veřejnou listinou),
- zastupitelský úřad ČR - v případě provedení identifikace v zahraničí (doložení sepsané identifikační listiny, která je veřejnou listinou).

Vyplněný formulář zašlete na adresu: Pojišťovna České spořitelny, a.s., Vienna Insurance Group, náměstí Republiky 115, Zelené Předměstí, 530 02 Pardubice.

WYPLŇUJE PORADCE PŘI PLNĚNÍ NAD 1 000 EUR ▼

IDENTIFIKOVANÁ OSOBA (osoba, která uplatňuje nárok na pojistné plnění)

- Identifikace (vyberte jednu z variant) Obmyšleného Zákonného zástupce Fyzické osoby (zmocněnce) Jiné
- ! Doloží identifikační údaje zastoupeného - např. rodný list zastoupeného dítěte.
! Doloží ověřenou kopii plné moci s úředně ověřeným podpisem zmocnitele.
! Doloží kopii dokumentu, který opravňuje uplatnit nárok na pojistné plnění.

ÚDAJE O IDENTIFIKOVANÉ OSOBĚ

JMÉNO	PŘÍMENÍ	TITUL
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
RODNÉ ČÍSLO	Místo narození	Pohlaví <input type="checkbox"/> žena <input type="checkbox"/> muž
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Typ pobytu (vyberte jednu z variant) <input type="checkbox"/> Trvalý / <input type="checkbox"/> Jiný	Pokud jiný, uveďte typ pobytu <input type="text"/>	Státní občanství <input type="text"/>
Ulice	Č. P.	PSČ
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Obec	Stát	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Druh a číslo průkazu totožnosti	Doba platnosti DEN MĚSÍC ROK	Stát, případně orgán, který jej vydal
<input type="text"/>	<input type="text"/> 2 0	<input type="text"/>

OBMYŠLENÁ OSOBA (osoba, které vznikl nárok na pojistné plnění), pokud se liší od identifikované osoby

JMÉNO	PŘÍMENÍ	TITUL
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
RODNÉ ČÍSLO		
<input type="text"/>		

IDENTIFIKACI PROVEDL/A

Identifikaci v souladu s příslušnými ustanoveními zákona č. 253/2008 Sb., o některých opatřeních proti legalizaci výnosů z trestné činnosti a financování terorismu, za Pojišťovnu České spořitelny, a.s., Vienna Insurance Group, se sídlem náměstí Republiky 115, Zelené Předměstí, 530 02 Pardubice, IČ 47452820, zapsanou v OR vedeném v Hradci Králové 1. 10. 1992 v oddílu B vložce 855, provedl/a:

JMÉNO	PŘÍMENÍ	TELEFON
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Identifikace partnera	Identifikace poradce	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	

! Aby identifikace byla platná, je nutné vyplnit oba identifikační údaje.

Prohlašuji, že jsem zaznamenal/a a ověřil/a správnost identifikačních údajů a shodu podoby výše uvedené fyzické osoby s vyobrazením dle platného průkazu totožnosti.

Datum zaznamenání a ověření DEN MĚSÍC ROK 2 0

PODPIS OSOBY, KTERÁ PROVEDLA IDENTIFIKACI