

Česká podnikatelská pojišťovna, a.s., Vienna Insurance Group,
Budějovická 5, 140 21 Praha 4, IČ: 63998530, klientská linka: 841 444 555

OZNÁMENÍ ÚMRTÍ POJIŠTĚNÉHO

(v případě více oprávněných/obmyšlených 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 100 Kč. Tento doklad zašlete spolu s tímto formulářem.

Číslo pojistných smluv:

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, příjmení: vztah k pojištěnému.....

Jméno, příjmení zákonného zástupce: vztah k oprávněnému.....

Identifikace dle zákona č.253/2008 Sb. : R.Č. Telefon:

Adresa:.....

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Druh dokladu (OP, ŘP, pas)	číslo dokladu / ID	vydal	platnost do

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

Přílohy 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 údajích 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 poukažte na bankovní účet:

Č.ú. kód banky

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

Totožnost a uvedené identifikační údaje ověřil: zaměstnanec ČPP/zprostředkovatel úřední ověření (matrika, notář)

.....
..... jméno, příjmení osobní číslo podpis resp. razítko v případě úředního ověření

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 / obmyšlený, 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
..... razítka a podpis lékaře