



## OZNÁMENÍ ÚMRTÍ POJIŠTĚNÉHO

Česká podnikatelská pojišťovna, a.s., Vienna Insurance Group, Pobežní 665/23, 186 00 Praha 8, IČ: 63998530, telefon: 957 444 555  
Adresa pro zasilání korespondence: Česká podnikatelská pojišťovna, a.s., Vienna Insurance Group, P.O.BOX 28, 664 42 Modřice.  
Hlášení můžete provést online na [www.cpp.cz](http://www.cpp.cz), sekce Řešení škod. Dodatečné dokumenty ke škodě zasílejte přes [www.mojecpp.cz](http://www.mojecpp.cz), záložka Stav škody a vložení podkladů ke škodě. Komunikace může obsahovat i zdravotní údaje.

### Informace pro osobu oprávněnou k pojistnému plnění:

Prosíme o čitelné vyplnění všech údajů. Pokud na níže uvedené dotazy odpovídáte ano nebo ne, a dále pro výběr požadované varianty, označte tuto odpověď křížkem.

Pojištění – resp. připojištění pro případ smrti – č. poj. smluv:

Připojištění zproštění od placení (pro vybrané produkty) – 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, titul pojištěného:

Rodné číslo:

Adresa bydliště: R

## ÚDAJE O ŠKODNÍ 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, titul:

Rodné číslo:

Adresa bydliště:

Vztah k pojištěnému:

Telefon:

### Zákonný zástupce

Jméno, příjmení a vztah k oprávněnému:

Rodné číslo:

Adresa bydliště:

E-mail pro elektronickou komunikaci:\*

\*E-mail bude použit jen pro tuto škodní událost. Jeho uvedením pojištěný souhlasí s komunikací výhradně elektronickou formou.

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

Druh dokladu (OP, CP, ŘP):  Číslo dokladu:  Platnost do:  Vydal (orgán, stát<sup>1</sup>):

Místo, stát narození<sup>1,3</sup>:  Státní občanství<sup>1</sup>:

Stát trvalého pobytu jiný než ČR; ZIP kód<sup>1</sup>:

Jste ve smyslu zákona č. 253/2008 Sb. politicky exponovanou osobou nebo osobou spřízněnou?  Ano

Daňový rezident<sup>3</sup> i jiného státu než ČR?  Ano Stát daňového rezidenta jiný než ČR<sup>3</sup>:  DIČ<sup>4</sup>:

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

#### Přiložte k oznámení:

- kopii úmrtního listu
- při tragickém úmrtí (autonehoda, vražda atd.) – výsledek vyšetřování Policie ČR
- v případě škodní 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 prvním pojištěnému jako poručníkovi.

#### Zpracování osobních údajů

Informace o zpracování Vašich osobních údajů, včetně možnosti podání námítky v případě zpracování na základě oprávněného zájmu, práva na přístup a dalších práv, naleznete v dokumentu Informace o zpracování osobních údajů v pojištění osob 0418 / Informace o zpracování osobních údajů v neživotním pojištění 0418 (hlásíte-li škodní událost z cestovního pojištění) / Informace o zpracování osobních údajů v pojištění vozidel (hlásíte-li škodní událost z pojištění vozidel), který je trvale dostupný na webové stránce [www.cpp.cz](http://www.cpp.cz) v sekci „O SPOLEČNOSTI“.

#### Prohlášení oprávněné / obmyšlené osoby

Prohlašuji, že jsem všechny údaje uvedl/a pravdivě a úplně a jsem si vědom/a dopadů uvedení nepravdivých údajů na povinnost pojistitele plnit. Prohlašuji, že pojistitelem vyplacené finanční prostředky nebudou použity v souvislosti s financováním terorismu. Beru na vědomí a souhlasím s tím, že vlastnoruční podpisy osob na této žádosti jsou nahrazeny mechanickými prostředky (faksimile nebo reprodukce podpisu).

#### Upozornění

Berte prosím na vědomí, že vztahy mezi rodiči a dítětem, příp. zastoupení dítěte ve věcech správy jeho majetku upravuje zejména zákon č. 89/2012 Sb., občanský zákoník (dále jen „zákon“). Dle tohoto zákona jsou rodiče odpovědní a mají právo na zastupování dítěte a spravování jeho jmění v běžných záležitostech. Trvání a rozsah rodičovské odpovědnosti může změnit soud a v případě, že rodič nemůže dítě zastupovat, jmenuje soud dítěti opatrovníka. K právnímu jednání, které se týká jmění dítěte, potřebují rodiče souhlas soudu, ledaže se jedná o běžné záležitosti nebo o záležitosti sice výjimečné, ale týkající se zanedbatelné majtkové hodnoty.

#### Zprostředkovatel pojištění / zaměstnanec pojišťovny<sup>5</sup>:

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

Jméno a příjmení, titul:

Číslo zprostředkovatele / Osobní číslo:  Telefon:

Plnění poukažte na účet č.

Kód banky

Pokud není vyplněno číslo účtu, pošle ČPP pojistné plnění na adresu uvedenou výše. Při zaslání plnění na adresu bude z této částky odečten poplatek dle platného sazebníku / přehledu poplatků.

V

dne

podpis oprávněné/obmyšlené osoby (zákonného zástupce)

podpis zprostředkovatele pojištění,  
příp. zaměstnance pojišťovny

- <sup>1</sup> Není-li uvedeno, platí Česká republika.
- <sup>2</sup> viz dle zákona č. 586/1992 Sb., o daních z příjmů, ve znění pozdějších předpisů. Za daňového rezidenta jiného státu než ČR se považuje osoba, která je podrobena zdanění v tomto jiném státě z důvodu místa narození / bydliště / trvalého pobytu / místa podnikání nebo podobného kritéria.
- <sup>3</sup> Jste-li daňovým rezidentem USA, držitelem cestovního pasu USA nebo oprávnění k pobytu v USA, tzn. zelené karty, nebo entitou založenou dle práva USA nebo práva jiného státu než ČR, specifikovanou americkou osobou nebo jste-li ovládán osobou, jež je státním občanem nebo rezidentem USA nebo jiného státu než ČR, vyplňte formulář Identifikace fyzické/právní osoby.
- <sup>4</sup> Jste-li daňovým rezidentem jiného státu než ČR, uveďte svoje daňové identifikační číslo v tomto státě.
- <sup>5</sup> Ověření identifikace osoby oprávněné k přijetí pojistného plnění musí být provedeno oprávněným zaměstnancem pojišťovny, jinou osobou, která oprávněním pojistitele disponuje, případně může být provedeno notářským zápisem, obecním / krajským úřadem s rozšířenou působností (tato forma ověření bude přiložena jako příloha).

Počet příloh:

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.

ČPP má právo na účelně vynaložené náklady šetření v případě nepravdivých a hrubě zkreslených údajů o rozsahu pojistné události.

## ZPRÁVA LÉKAŘE

### Upozornění pro lékaře:

1. Odměnu za vyplnění tohoto tiskopisu Vám uhradí oprávněný / obmyšlený.
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 škodní 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:

‰

## ZPRÁVA LÉKAŘE

Bylo příčinou úmrtí úmyslné sebeпоškození?

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

Jiné sdělení lékaře:

Adresa, telefon:

Razítko a podpis lékaře:

Datum a místo:

V případě více oprávněných / obmyšlených osob vyplní každý Oznámení úmrtí pojištěného; vyplněnou Zprávu ošetřujícího lékaře a přílohy stačí poskytnout pojišťovně jen jednou.

Dovolujeme si Vás upozornit, že náklady spojené s vyplněním tohoto formuláře pojistitel neproplácí.