



OZNÁMENÍ DOŽITÍ POJIŠTĚNÉHO

Česká podnikatelská pojišťovna, a.s., Vienna Insurance Group, Pobřežní 665/23, 186 00 Praha 8, IČ: 63998530, telefon: 957 444 555
Adresa pro zaslání korespondence: Česká podnikatelská pojišťovna, a.s., Vienna Insurance Group, P.O.BOX 28, 664 42 Modřice.
Tento dokument je možné zaslat přes www.mojecpp.cz, záložka Stav škody a vložení podkladů ke škodě, pokud znáte číslo škody, jinak použijte záložku Rychlé informace o pojistné smlouvě - tlačítko Odeslání dokumentu k pojistné smlouvě.

Číslo pojistné smlouvy:

Datum konce pojištění:

POJIŠTĚNÝ – OSOBA OPRÁVNĚNÁ K PŘIJETÍ POJISTNÉHO PLNĚNÍ:

(v případě nezletilé osoby vyplňte její jméno, ostatní údaje se týkají zákonného zástupce)

Jméno, příjmení, titul pojištěného:

Rodné číslo:

Adresa bydliště:

Telefon:

E-mail pro elektronickou komunikaci:*

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

Zákonný zástupce:R

Jméno, příjmení, titul, vztah k pojištěnému:

Adresa bydliště:

Rodné číslo:

Ověření identifikace osoby oprávněné k přijetí pojistného plnění, příp. zákonného zástupce:

Druh dokladu (OP, CP, ŘP):

Číslo dokladu:

Platnost do:

Vydal (orgán, stát)¹:

Místo, stát narození^{1,3}:

Státní občanství¹:

Stát trvalého pobytu jiný než ČR; ZIP kód¹:

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

Daňový rezident² i jiného státu než ČR? Ano

Stát daňového rezidenta jiný než ČR³:

DIČ⁴:

VOLBA VARIANTY VÝPLATY POJISTNÉHO PLNĚNÍ

Volbu označte křížkem - volba je závazná a nelze ji dodatečně měnit.

1. Převod pojistného plnění (úhrada pojistného) na nově sjednané pojištění.

Ve výši: Na pojistnou smlouvu číslo:

2. Jednorázová výplata pojistného plnění.

Výplatu pojistného plnění nebo zůstatek pojistného plnění po úhradě pojistného na nově sjednané pojištění vyplatte:

Na účet číslo: 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.

Zprostředkovatel pojištění / zaměstnanec pojišťovny⁵:

Jméno a příjmení, titul:

Číslo zprostředkovatele / Osobní číslo:

Telefon:

V

dne

podpis pojištěného, resp. zákonného zástupce

podpis zprostředkovatele pojištění,
příp. zaměstnance pojišťovny

¹ Není-li uvedeno, platí Česká republika.

² 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.

³ 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 ovládan osobou, jež je státním občanem nebo rezidentem USA nebo jiného státu než ČR, vyplňte formulář Identifikace fyzické/právní osoby.

⁴ Jste-li daňovým rezidentem jiného státu než ČR, uveďte svoje daňové identifikační číslo v tomto státě.

⁵ 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).

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, který je trvale dostupný na webové stránce www.cpp.cz v sekci „O SPOLEČNOSTI“.

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.

Pojistník i pojištěný berou na vědomí a souhlasí s tím, že vlastnoruční podpisy osob na této žádosti jsou nahrazeny mechanickými prostředky (faksimile nebo reprodukcí podpisu).