



Česká podnikatelská pojišťovna, a.s., Vienna Insurance Group (dále jen „ČPP“), 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.
Hlášení můžete provést online na www.cpp.cz, sekce Řešení škod. Dodatečné dokumenty ke škodě zasílejte přes 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, a dále pro výběr požadované varianty, označte tuto odpověď křížkem. ☒

Není-li vyplněno Ano, platí odpověď Ne.

☐ **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 při/pojištění ve zde uvedených pojistných smlouvách.

Nevztahuje se tedy na ostatní smlouvy pojištěného **zde neuvedené.**

OSOBNÍ ÚDAJE POJIŠTĚNÉHO

Jméno, příjmení, titul pojištěného:	Rodné číslo:
Nebylo-li rodné číslo přiděleno, vyplňte datum narození a pohlaví:	☐ Muž ☐ Žena
Adresa bydliště:	

ÚDAJE O ŠKODNÍ UDÁLOSTI

Datum úmrtí:	Příčina úmrtí:
--------------	----------------

OSOBA OPRÁVNĚNÁ K PŘIJETÍ POJISTNÉHO PLNĚNÍ

Jméno, příjmení, titul:	Rodné číslo:
Nebylo-li rodné číslo přiděleno, vyplňte datum narození a pohlaví:	☐ Muž ☐ Žena
Adresa bydliště:	
Vztah k pojištěnému:	Telefon:

Zákonný zástupce

Jméno, příjmení a vztah k oprávněnému:	Rodné číslo:
Nebylo-li rodné číslo přiděleno, vyplňte datum narození a pohlaví:	☐ Muž ☐ Žena
Adresa bydliště:	
E-mail pro elektronickou komunikaci:	

***E-mail bude použit jen pro tuto škodní událost. Jeho uvedením oprávněná osoba souhlasí s komunikací primárně elektronickou formou.**

Pokud není vyplněn a je již zadán souhlas s elektronickou komunikací, bude ČPP zasílat komunikaci primárně na e-mailovou adresu uvedenou v pojistné smlouvě.

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:
Doklad vydal - orgán, sídlo orgánu; stát: ¹		
Obec narození:	Stát narození: ^{1,3}	Státní občanství: ¹
Stát trvalého pobytu jiný než ČR; ZIP kód: ¹		
Jste ve smyslu zákona č. 253/2008 Sb. politicky exponovanou osobou? ⁵ ☐ Ano		
Daňový rezident ² i jiného státu než ČR? ☐ Ano	Stát daňového rezidenta jiný než ČR: ³	DIČ: ⁴
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,
- děti pojištěné v rámci úrazového připojištění dospělého pojištěného: 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 dospělému pojištěnému jako poručníkovi.

V případě výplaty pojistného plnění, které náleží nezletilému, je třeba, aby zákonný zástupce nezletilého předložil **kopii rodného listu** nezletilého dítěte a vyplnil a podepsal formulář **Čestné prohlášení (nezletilý)**, ve kterém potvrdí, že je způsobilý k právnímu jednání v plném rozsahu, že nebyl zbaven svých rodičovských práv a že si je vědom skutečnosti, že plnění přebírá ve prospěch dítěte.

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 / Informace o zpracování osobních údajů v neživotním pojištění (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 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 reprodukcí 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 majetkové hodnoty.

Zprostředkovatel pojištění / zaměstnanec pojišťovny:⁶

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:

Výplata pojistného plnění

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

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 ovládán osobou, jež je státním občanem nebo rezidentem USA nebo jiného státu než ČR, vyplňte formulář Identifikace fyzické osoby oprávněné k přijetí pojistného plnění / Identifikace právnické osoby.

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

⁵ Politicky exponovanou osobou je fyzická osoba, která je anebo v předchozích 12 měsících byla ve významné veřejné funkci, případně jí osoba blízká, a dále společník nebo skutečný majitel stejné právnické osoby/svěřenského fondu či právnické osoby/svěřenského fondu, které byly vytvořeny ve prospěch takové osoby. Více informací na: <https://www.cpp.cz/pep>

⁶ 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 trestněprávních předpisů.

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

Prosíme, zajistěte vyplnění Zprávy ošetřujícího lékaře!

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: %	
Bylo příčinou úmrtí úmyslné sebepoškození?	
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.