



0000000000Z0025

doručeno dne:

## Hlášení pojistné události – úmrtí

**Z0025**

Poučení: Ke každé pojistné události vyplňte pouze jedno hlášení pojistné události. **Věnujte pozornost především kompletnímu vyplnění první a druhé části formuláře včetně podpisu na jejím konci.** Nestačí-li Vám místo ve formuláři, pokračujte dále na samostatném listu papíru. Třetí část formuláře předložte k vyplnění Vašemu ošetřujícímu lékaři. Poplatek za vyplnění formuláře lékařem hradí klient.

**Kompletním vyplněním celého formuláře a doložením dále popsaných a požadovaných dokladů přispějete k hladké likvidaci Vaší pojistné události.**

V případě jakýchkoliv problémů s vyplněním hlášení se poraďte s Vaším pojistným poradcem.

### Požadované doklady:

- úředně ověřená kopie úmrtního listu (může ověřit pracovník Pojišťovny České spořitelny, a.s., Vienna Insurance Group, pracovník České spořitelny, a.s., nebo notář, matrika apod.)
- sdělení lékaře o příčině úmrtí nebo kopie „List o prohlídce mrtvého“ nebo kopie pitevního protokolu
- v případě úmrtí následkem úrazu protokol vyšetřování od Policie ČR

## ČÁST 1. – POJIŠTĚNÝ

Čísla všech pojistných smluv pojištěného u Pojišťovny České spořitelny, a.s., Vienna Insurance Group

--	--	--

### Pojištěná osoba, které se stala pojistná událost

**A.** Příjmení, jméno, titul \_\_\_\_\_ **B.** rodné číslo \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Adresa \_\_\_\_\_ PSČ \_\_\_\_\_

Příjmení, jméno, adresa a telefon praktického lékaře, u kterého je vedena kompletní zdravotní dokumentace pojištěného \_\_\_\_\_

Datum pojistné události (datum úmrtí) \_\_\_\_\_

## ČÁST 2. – OSOBA, KTERÁ UPLATŇUJE NÁROK NA POJISTNÉ PLNĚNÍ

**!** Právo na pojistné plnění může uplatnit pouze oprávněná osoba a jen takové osobě pojišťovna poskytne pojistné plnění. V této části formuláře uveďte údaje oprávněné osoby dle níže popsaných pravidel:

**Oprávněnou osobou je obmyslený nebo u smluv sjednaných před 1. 1. 2005 osoba uvedená na pojistné smlouvě jako oprávněná. Není-li taková osoba určena, vznikne právo osobám určeným zákonem v posloupnosti manžel nebo manželka pojištěného, děti pojištěného, rodiče pojištěného atd. Je-li oprávněnou osobou nezletilé dítě, je příjemcem plnění jeho zákonný zástupce. Zákonný zástupce musí doložit identifikační údaje zastoupeného (např. kopii občanského průkazu se zapsáním údajů zastoupeného, popř. kopii rodného listu zastoupeného). Je-li pojištěným dítě, vznikne právo na pojistné plnění pojistníkovi (viz údaj uvedený na uzavřené pojistné smlouvě).**

Výplatu pojistného plnění poukážete **obmyslené osobě**: **C.** příjmení, jméno \_\_\_\_\_

telefon \_\_\_\_\_ **D.** rodné číslo \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

adresa \_\_\_\_\_

vztah k pojištěnému, na jehož základě uplatňujete pojistné plnění  obmyslený  ostatní osoby – uveďte: \_\_\_\_\_

zaškrtněte Vaši volbu:

**Na účet klienta**  **vedený v ČR** – číslo účtu \_\_\_\_\_

**vedený v zahraničí** – v případě zvolení účtu v zahraničí je nutné přiložit tiskopis Z0050 Příkaz k provedení platby do zahraničí

**Na účet České spořitelny, a.s. (tzv. sběrný účet)** – výplatu pojistného plnění lze vyzvednout na kterékoliv pobočce České spořitelny, a.s.

**Poštovní poukázkou typu B na výše uvedenou adresu příjemce plnění v ČR**

**Prohlášení:** Prohlašuji, že jsem na všechny dotazy odpověděl/a pravdivě a úplně. Jsem si vědom/a případných důsledků nesprávných odpovědí na povinnost pojistitele poskytnout pojistné plnění i dalších právních následků. Souhlasím, aby Pojišťovna České spořitelny, a.s., Vienna Insurance Group dále zjišťovala pro potřebu šetření můj zdravotní stav a příslušnou zdravotní dokumentaci (resp. tytéž údaje, týkající se zesnulého) u příslušného lékaře a žádala tyto údaje o porušení výpisu či opisů z mé zdravotní dokumentace, a zavazují se tuto zdravotní dokumentaci pro pojištětele v případě potřeby zajistit. Zároveň v souladu s § 55 odst. 2 písm. d) zákona č. 20/1966 Sb., o péči o zdraví lidu, ve znění pozdějších předpisů, opravňuji příslušného lékaře, aby pojištěteli poskytl požadované informace tak, jak je povinen je poskytnout pacientovi podle §67b odst. 12 uvedeného zákona, a proto zprostředkují dotazované lékaře povinnosti mlčenlivosti. Souhlasím, aby si pojištětel vyžádal dokumentaci nezbytnou ke stanovení rozsahu pojistného plnění i od zaměstnavatele, Správy sociálního zabezpečení, Policie, soudu apod., a zavazují se tuto dokumentaci pro pojištětele v případě potřeby zajistit.

Souhlasím s tím, aby Pojišťovna České spořitelny, a.s., Vienna Insurance Group zpracovávala ve smyslu zákona č. 101/2000 Sb., o ochraně osobních údajů, ve znění pozdějších předpisů (dále jen „zákon“), mé osobní údaje a citlivé údaje o zdravotním stavu, resp. tytéž údaje, týkající se zesnulého, (dále jen „osobní údaje“) v rámci činnosti pojišťovnictví a činnosti související s pojišťovací a zajišťovací činností podle ustanovení § 1 a § 3 zákona č. 277/2009 Sb., o pojišťovnictví, ve znění pozdějších předpisů, a to po dobu nezbytně nutnou k zajištění práv a povinností plynoucích z tohoto smluvního vztahu. Dále souhlasím s tím, aby mé osobní údaje (resp. tytéž údaje týkající se nezletilého pojištěného, jehož jsem zákonným zástupcem) byly poskytnuty i ostatním subjektům podnikajícím v oblasti pojišťovnictví, bankovníctví a jiných peněžních činností k poskytování služeb v rámci Finanční skupiny České spořitelny, a.s., a pojišťovací skupiny Vienna Insurance Group; případně asociacím těchto subjektů. Ve smyslu ustanovení § 27 zákona souhlasím s předáváním mých osobních údajů do jiných států. Poskytnuté údaje bude zpracovávat Pojišťovna České spořitelny, a.s., Vienna Insurance Group nebo pověřený zpracovatel v souladu s ustanoveními zákona. Prohlašuji, že jsem byl/a ve smyslu ustanovení § 11 zákona řádně informován/a o zpracování mých osobních údajů, mých právech a povinnostech zpracovatelů údajů.

Souhlasím s tím, aby Pojišťovna České spořitelny, a.s., Vienna Insurance Group zpracovávala informace získané ve smyslu zákona č. 253/2008 Sb., o některých opatřeních proti legalizaci vynosů z trestné činnosti a financování terorismu (dále jen „zákon“), které jsou k provedení identifikace nezbytné, včetně předložení příslušných dokladů. Dále souhlasím s tím, že pojištětel může pro účely provedení identifikace a její kontroly dle zákona pořizovat kopie nebo výpisy z předložených dokladů.

Oprávněná osoba uvedená a podepsaná v této (druhé) části formuláře prohlašuje, že je v souladu s uzavřenou pojistnou smlouvou, zákonem č. 37/2004 Sb., o pojistné smlouvě a dalších právních předpisů, oprávněnou osobou pro přijetí pojistného plnění.

V \_\_\_\_\_ dne \_\_\_\_\_ příjmení, jméno, telefon \_\_\_\_\_

podpis oprávněné osoby \_\_\_\_\_

## Formulář k provedení identifikace a kontroly fyzické osoby

Provedení identifikace pro účely zákona č. 253/2008 Sb., o některých opatřeních proti legalizaci výnosů z trestné činnosti a financování terorismu

Číslo všech pojistných smluv pojištěného u Pojišťovny České spořitelny, a.s., Vienna Insurance Group

--	--	--

Údaje A.–D. musí být vyplněny shodně s hlášením pojistné události.

<b>A.</b> Příjmení a jméno osoby, které se stala pojistná událost	
<b>B.</b> Rodné číslo	

<input type="checkbox"/> <b>Identifikace fyzické osoby, která uplatňuje nárok na pojistné plnění</b>	<input type="checkbox"/> <b>Identifikace zákonného zástupce</b> Pozn. V případě, že se jedná o <b>zákonného zástupce</b> , doloží zákonný zástupce identifikační údaje zastoupeného (např. občanský průkaz se zápisem zastoupeného).	<input type="checkbox"/> <b>Identifikace fyzické osoby zmocněnce</b> Pozn. V případě zastoupení na základě plné moci (zmocněnec) se k tomuto identifikačnímu listu <b>přiloží originál plné moci</b> udělený pojistníkem zmocněnci s úředně ověřeným podpisem.
<b>C.</b> Příjmení a jméno (případně všechna příjmení a jména)		
<b>D.</b> Rodné číslo (nebo datum narození, nebylo-li rodné číslo přiděleno)		
Místo narození		
Pohlaví		
Trvalý nebo jiný pobyt (uveďte typ pobytu)		
Státní občanství		
Druh a číslo průkazu totožnosti		
Doba platnosti		
Stát, případně orgán, který jej vydal		

**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 Pardubice, nám. Republiky 115, PSČ 530 02, IČ 47452820, zapsanou v OR vedeném v Hradci Králové 1. 10. 1992 v oddílu B vložce 855, **provedl/a**:

Příjmení a jméno \_\_\_\_\_  
(vyplňte hůlkovým písmem)

Identifikace partnera (HR)

--

Identifikace poradce

--

Prohlašuji, že jsem současně ověřil/a shodu podoby výše uvedené fyzické osoby s vyobrazením v průkazu totožnosti.

Datum zaznamenání a ověření \_\_\_\_\_ Podpis osoby, která provedla identifikaci \_\_\_\_\_

Pozn. Pro případ provedení identifikace podnikající fyzické osoby nebo právnické osoby vyplňte prosím tuto identifikaci na tiskopis Z1111.

### ČÁST 3. – LÉKAŘSKÁ ZPRÁVA

rodné číslo pacienta \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Poskytnutí údajů je v souladu se souhlasem klienta (viz prohlášení na konci části 2 tohoto formuláře). V zájmu klienta prosíme o důkladné, úplné a čitelné vyplnění všech údajů a doložení kopií požadované dokumentace. Nestací-li místo ve formuláři, pokračujte na samostatném listu papíru. Poplatek za vyplnění hradí klient na vlastní náklady.

Uveďte prosím přesnou diagnózu (v případě souběhu všechny diagnózy) daného onemocnění / úrazu které/ý byl/o příčinou pojistné události (dle MKN10, popis a dobu léčení od – do) \_\_\_\_\_

#### V případě, že příčinou pojistné události byla nemoc, uveďte:

Kdy byla diagnóza poprvé stanovena (datum) \_\_\_\_\_

Na základě jakých příznaků, vyšetření a nálezů, a přiložte kopie příslušné lékařské dokumentace \_\_\_\_\_

Kdy se objevily první příznaky, které byly v příčinné souvislosti s tímto onemocněním, a o jaké příznaky se jednalo (popište chronologicky a přiložte kopie příslušné lékařské dokumentace) \_\_\_\_\_

Byl pojištěný informován o uvedeném onemocnění? \_\_\_\_\_ Pokud ano, uveďte kdy (datum) \_\_\_\_\_

#### V případě, že příčinou pojistné události byl úraz, uveďte:

Datum úrazu \_\_\_\_\_ Datum prvního lékařského ošetření úrazu \_\_\_\_\_

Příčina úrazu \_\_\_\_\_

Byl poškozený v době úrazu pod vlivem alkoholu či jiných návykových látek? \_\_\_\_\_ Uveďte příznaky, ‰ alkoholu \_\_\_\_\_

Byl příčinou úrazu pokus o sebevraždu nebo sebepoškození? \_\_\_\_\_

**V případě onemocnění** jsou nezbytnou přílohou této lékařské zprávy 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.

Lékař potvrzuje, že ošetřoval pojištěného, který je uveden v první části tohoto formuláře, a podle § 24 odst. 1 písm. b a § 50 odst. 1 zákona č. 37/2004 Sb. o pojistné smlouvě, ve znění pozdějších předpisů, uvedl veškeré jemu dostupné informace týkající se předmětného úrazu či onemocnění.

V \_\_\_\_\_ dne \_\_\_\_\_ Razítko a podpis lékaře \_\_\_\_\_

### ČÁST 4. – IDENTIFIKACE PŘÍJEMCE PLNĚNÍ

**Dle zákona č. 253/2008 Sb., o některých opatřeních proti legalizaci výnosů z trestné činnosti a financování terorismu, je povinností provést identifikaci příjemce plnění. Identifikace příjemce plnění se provádí na Formuláři k provedení identifikace (nebo doložením sepsané identifikační listiny, která je veřejnou listinou) a je povinnou součástí tohoto hlášení.**

O ověření identifikačních údajů na této listině s předložením dokladu totožnosti (občanský průkaz, cestovní pas) je možné na území České republiky požádat externího partnera Pojišťovny České spořitelny, a.s., Vienna Insurance Group nebo na jednotlivých pobočkách České spořitelny, a.s.

O ověření identifikačních údajů v souladu se zákonem č. 253/2008 Sb., o některých opatřeních proti legalizaci výnosů z trestné činnosti a financování terorismu, je možné požádat notáře, krajský úřad v přenesené působnosti nebo obecní úřad obce s rozšířenou působností (doložení sepsané identifikační listiny, která je veřejnou listinou).

V případě, že budete žádat o ověření identifikačních údajů v zahraničí, je možné využít příslušný zastupitelský úřad České republiky v dané zemi.

Jestliže o převod pojistného plnění žádá právnická osoba (obchodní firma), provádí se identifikace zástupce právnické osoby, který je oprávněn jednat jménem právnické osoby.

**Jestliže je pojištěným nezletilé dítě, pak je nutné provést identifikaci jeho zákonného zástupce, který musí doložit identifikační údaje zastoupeného (např. občanský průkaz se zapsáním údajů zastoupeného, popř. rodný list zastoupeného).**

Provedení identifikace je povinné v případě, kdy je požadována výplata na účet klienta nebo na korespondenční adresu. V případě, že nebude identifikace provedena nebo nebude úplná a pojistné plnění převyšuje 1 000 EUR, bude výplata pojistného plnění přednostně zaslána na účet České spořitelny, a.s. (tzv. sběrný účet) – týká se jen pojištěných osob s kontaktní adresou v ČR.