



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 popsanych a požadovanych 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, matřika 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

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

[illegible]

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 zapsaným 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 poukažte **obmyšlené osobě**: **C.** příjmení, jméno _____

telefon _____ **D.** rodné číslo _____/_____

vztah k pojištěnému, na jehož základě uplatňujete pojistné plnění ☐ obmyšlený ☐ 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 maj zdravotní stav a příslušnou zdravotní dokumentaci (resp. tyto údaje, týkající se zesnulého) u příslušných lékařů a žádala tyto lékaře o pořízení výpisů či opisů z maj zdravotní dokumentace, a zavazuji se tuto zdravotní dokumentaci pro pojistitele v případě potřeby zajistit. Zároveň v souladu s § 55 odst. 2 písm. d) zákona č. 20/1966 Sb., o péči o zdravotní, ve znění pozdějších předpisů, opravňují příslušného lékaře, aby pojistiteli poskytl požadované informace tak, jak je povinen je poskytnout pacientovi podle §67b odst. 12 uvedeného zákona, a proto zpřístupní dotazované lékařské povinnosti mlčenlivosti. Souhlasím, aby si pojistitel vyžádal dokumentaci nezbytnou ke stanovení rozsahu pojistného plnění i od zaměstnavatele. Správ sociálního zabezpečení, Policie, soudy apod., a zavazuji se tuto dokumentaci pro pojistitele 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. tyto údaje, týkající se zesnulého, (dále jen „osobní údaje“) v rámci činnosti pojišťovnictví a činnosti související s pojišťovnictvím 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. tyto údaje týkající se zesnulého 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 o ochraně osobních údajů a o ochraně citlivých údajů a podle ustanovení § 11 zákona o ochraně osobních údajů, jsem informován/a, že jsem byl/a informován/a o svých právech a povinnostech zpracovatele 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 pojistitel může pro účel 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 předpisy, oprávněnou osobou pro přijetí pojistného plnění.

V _____ dne _____ příjmení, iméno, telefon _____

podpis oprávněné osoby _____

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. Nestačí-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 poškozen 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.