



0000000000Z2005

Hlášení pojistné události – Pojištění pohřbu

Z2005

Kompletním vyplněním a doložením všech požadovaných dokladů přispějete k rychlé likvidaci pojistné události.

V případě jakýchkoliv dotazů se obraťte na informační linku 956 777 222 (ve všední dny od 7 do 20 hodin, o víkendech od 8 do 16 hodin).

Vyplněný formulář zašlete na adresu: Pojišťovna České spořitelny, a.s., Vienna Insurance Group, náměstí Republiky 115, Zelené Předměstí, 530 02 Pardubice.

> POJISTNÁ SMLOUVA

Uveďte čísla pojistných smluv, ze kterých hlásíte pojistnou událost

ČÍSLO SMLOUVY	ČÍSLO SMLOUVY	ČÍSLO SMLOUVY

> POJIŠTĚNÁ OSOBA

JMÉNO PŘÍMENÍ TITUL

RODNÉ ČÍSLO

> POPIS UDÁLOSTI

Datum úmrtí DEN MĚSÍC ROK

Příčina úmrtí ☐ nemoc ☐ úraz

! Doložte kopii Listu o prohlídce zemřelého nebo kopii úmrtního listu.

! Doložte kopii Listu o prohlídce zemřelého nebo kopii úmrtního listu. Doložte kopii protokolu vyšetřování od Policie ČR.

> OSOBA, KTERÁ UPLATŇUJE NÁROK NA POJISTNÉ PLNĚNÍ

Pojistnou událost hlásíte jako (vyberte jednu z variant):

- ☐ Obmyšlený (osoba uvedená v pojistné smlouvě nebo určená zákonem*)
- ☐ Zákonný zástupce za dítě (je-li obmyšlenou osobou nezletilé dítě)
- ☐ Osoba s plnou mocí **!** Doložte ověřenou kopii plné moci s úředně ověřeným podpisem zmocnitele, která vás opravňuje k zastupování obmyšleného.
- ☐ Jiné **!** Uveďte vztah k pojištěnému a doložte kopii dokumentu, který vás opravňuje k hlášení pojistné události.

* Není-li obmyšlená osoba uvedena v pojistné smlouvě, vznikne právo osobám určeným zákonem v posloupnosti manžel nebo manželka pojištěného, děti pojištěného, rodiče pojištěného atd.

> ÚDAJE O OSOBE, KTERÁ UPLATŇUJE NÁROK NA POJISTNÉ PLNĚNÍ (uveďte korespondenční adresu)

JMÉNO PŘÍMENÍ TITUL

ULICE Č. P. PSČ

OBEC STÁT

RODNÉ ČÍSLO E-MAIL TELEFON

STÁT TRVALÉHO BYDLIŠTĚ

V případě obchodní firmy uveďte sídlo společnosti a její IČ.

Vyplní obmyšlená osoba, nebo osoba zastupující obmyšleného za obmyšleného.

Obmyšlená osoba ☐ nyní je (nebo v posledních 12 měsících byla) politicky exponovanou osobou, nebo ☐ je (nebo v posledních 12 měsících byla) vůči politicky exponované osobě v postavení osoby blízké či jiné ve smyslu zákona č. 253/2008 Sb., o některých opatřeních proti legalizaci výnosů z trestné činnosti a financování terorismu. K hlášení pojistné události je nutné přiložit vyplněný formulář Prohlášení klienta o politicky exponované osobě, který je jeho nedílnou součástí. Formulář naleznete na www.pojistovnacs.cz.

Obmyšlená osoba ☐ je daňovým rezidentem jiného státu než ČR, jakého

DIČ (daňové identifikační číslo)

Je-li obmyšlená osoba daňovým rezidentem jiného státu než ČR ve smyslu zákona č. 164/2013 Sb., o mezinárodní spolupráci při správě daní, je nutné přiložit k hlášení pojistné události vyplněný formulář Identifikace a základní kontrola pojistníka/příjemce plnění pro účely FATCA a CRS, který je jeho nedílnou součástí. Formulář je k dispozici na www.pojistovnacs.cz.

Obmyšlená osoba (uveďte údaje o obmyšlené osobě v případě, že není zároveň osobou, která uplatňuje nárok na pojistné plnění / příjemcem plnění):

JMÉNO PŘÍMENÍ TITUL

RODNÉ ČÍSLO

► JAKÝM ZPŮSOBEM CHCETE VYPLATIT POJISTNÉ PLNĚNÍ (vyberte jednu z variant)?

- ☐ Na účet vedený v ČR ► / kód banky
- ☐ Na sběrný účet České spořitelny (lze vyzvednout na kterékoliv pobočce České spořitelny, a.s.)
- ☐ Poštovní poukázkou na výše uvedenou adresu (za tento způsob výplaty účtujeme poplatek dle platného přehledu poplatků a parametrů produktu)

! V případě, že očekáváte, že pojistné plnění přesáhne částku 1 000 eur, je nutné vyplnit i identifikaci příjemce plnění na 3. straně tohoto formuláře.
■ V opačném případě bude plnění automaticky zasláno na sběrný účet České spořitelny.

► Jako osoba, která uplatňuje nárok na pojistné plnění, jsem srozuměn/a s tím, že pojistné plnění použiji na úhradu nákladů na pohřeb pojištěného. Prohlašuji, že všechny údaje jsem uvedl/a úplně a pravdivě. Jsem si vědom/a právních důsledků neúplných nebo nepravdivých odpovědí na povinnost pojistitele plnit.

Beru na vědomí, že pojistitel zpracovává moje osobní údaje v rámci pojišťovací činnosti a dalších činností, ke kterým je pojistitel v souladu s právními předpisy povinen či oprávněn, a to v rozsahu a po dobu nezbytnou k zajištění práv a povinností z pojištění.

Souhlasím, aby pojistitel zasílal sdělení týkající se stavu a výsledků šetření pojistné události s využitím prostředků elektronické komunikace (např. e-mail, sms) na kontakty, které jsem uvedl/a v tomto hlášení pojistné události. Tímto způsobem nebudou zasílána sdělení obsahující osobní a citlivé údaje.

► V

DNE

PODPIS OSOBY, KTERÁ UPLATŇUJE
NÁROK NA POJISTNÉ PLNĚNÍ

Formulář k provedení identifikace žadatele o pojistné plnění

Formulář k provedení identifikace žadatele o pojistné plnění je nutné vyplnit v případech, kdy požadujete zaslat výplatu na svůj účet nebo na korespondenční adresu (složenka) a pojistné plnění převyšuje v přepočtu hodnotu 1 000 eur. Pokud nezašlete správně vyplněný Formulář k provedení identifikace a pojistné plnění převyšuje 1 000 eur, zašleme výplatu pojistného plnění na účet České spořitelny, a.s. (tzv. sběrný účet) a identifikace bude provedena při výplatě na pobočce České spořitelny.

Ověření identifikačních údajů může na základě předložení dokladu totožnosti (občanský průkaz, cestovní pas) provést:

- pojišťovací poradce spolupracující s Pojišťovnou České spořitelny, a.s., Vienna Insurance Group,
- pracovník na kterékoliv pobočce České spořitelny, a.s.,
- obecní úřad s rozšířenou působností, krajský úřad, notář (doložení sepsané identifikační listiny, která je veřejnou listinou),
- zastupitelský úřad ČR – v případě provedení identifikace v zahraničí (doložení sepsané identifikační listiny, která je veřejnou listinou).

Vyplněný formulář zašlete na adresu: Pojišťovna České spořitelny, a.s., Vienna Insurance Group, náměstí Republiky 115, Zelené Předměstí, 530 02 Pardubice.

VYPLŇUJE PORADCE PŘI PLNĚNÍ NAD 1 000 EUR ▼

IDENTIFIKOVANÁ OSOBA (osoba, která uplatňuje nárok na pojistné plnění)

Identifikace (vyberte jednu z variant)	☐ Obmyšleného	
	☐ Zákonného zástupce	! Doloží identifikační údaje zastoupeného – např. rodný list zastoupeného dítěte.
	☐ Fyzické osoby (zmocněnce)	! Doloží ověřenou kopii plné moci s úředně ověřeným podpisem zmocnitele.
	☐ Jiné	! Doloží kopii dokumentu, který opravňuje uplatnit nárok na pojistné plnění.

ÚDAJE O IDENTIFIKOVANÉ OSOBĚ

JMÉNO	PŘÍJMENÍ	TITUL
RODNÉ ČÍSLO	Místo narození	Pohlaví ☐ žena ☐ muž
Typ pobytu (vyberte jednu z variant) ☐ Trvalý / ☐ Jiný	Pokud jiný, uveďte typ pobytu	Státní občanství
Ulice	Č. P.	PSČ
Obec	Stát	
Druh a číslo průkazu totožnosti	Doba platnosti	DEN MĚSÍC ROK
		Stát, případně orgán, který jej vydal

OBMYŠLENÁ OSOBA (osoba, které vznikl nárok na pojistné plnění), pokud se liší od identifikované osoby

JMÉNO	PŘÍJMENÍ	TITUL
RODNÉ ČÍSLO		

IDENTIFIKACI PROVEDL/A

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

JMÉNO	PŘÍJMENÍ	TELEFON
Číslo pobočky	User name	

Prohlašuji, že jsem zaznamenal/a a ověřil/a správnost identifikačních údajů a shodu podoby výše uvedené fyzické osoby s vyobrazením dle platného průkazu totožnosti.

PODPIS OSOBY, KTERÁ PROVEDLA IDENTIFIKACI

Datum zaznamenání a ověření	DEN MĚSÍC ROK