



**ČESKÁ
POJIŠŤOVNA**

**Oznámení pojistné události
Úmrtí pojištěného**



RČ pojištěného

LPU-ÚMRTÍ Verze 02

Pojstítel: Česká pojišťovna a.s., Spálená 75/16, 113 04 Praha 1, Česká republika, IČ: 45272956, zapsaná v Obchodním rejstříku u Městského soudu v Praze oddíl B, vložka 1464 (dále jen „ČP“)

Žadatel

Příjmení

Jméno Titul

Rodné číslo

Ulice (místo) Č.p.

Obec (pošta) PSČ

Telefon

Pojištěný

Příjmení

Jméno Titul

Rodné číslo

Ulice (místo) Č.p.

Obec (pošta) PSČ

Hlášené riziko

Smrt přirozená Datum úmrtí Smrt úrazová Datum úrazu

Pojistné smlouvy

číslo číslo

číslo číslo

Dokumenty, které je nutno přiložit k vyplněnému oznámení (bez přiložených dokumentů nebude zahájena likvidace pojistné události)

Kopie úmrtního listu pojištěné osoby

V případě úmrtí do 3 let od sjednání pojištění nebo při úmrtí následkem úrazu:

Lékařská zpráva o příčině úmrtí, popř. jiný doklad o příčině úmrtí

Usnesení nebo relace policie, popř. rozsudek soudu v případě šetření úmrtí policií

Pojistné plnění, případně jiný závazek ze strany České pojišťovny a.s. zašlete (pro případ, kdy žadatel je oprávněnou¹⁾/obmyšlenou²⁾ osobou k přijetí plnění):

na účet:

Předčíslí a č. účtu Specifický symbol spořizir. účtu

Název banky Kód banky

na adresu: (pro urychlení výplaty pojistného plnění volte formu na adresu pouze v případě, že nemáte k dispozici bankovní účet)

Příjmení

Jméno

Ulice (místo) Č.p.

Obec (pošta) PSČ



TC08002002025

Adresa praktického lékaře, kde pojištěná osoba měla vedenou zdravotnickou dokumentaci (vyplňuje se v případě úmrtí do 3 let od sjednání pojištění a nebo při úmrtí následkem úrazu)

Příjmení

Jméno

Ulice (místo) Č.p.

Obec (pošta) PSČ

Telefon

V dne

Podpis žadatele

Oznámení pojistné události – Úmrtí pojištěného následkem úrazu

1. Vyplňte dále uvedené údaje SLOVY (NEPROŠKRTÁVEJTE). Bez úplného vyplnění včetně **podpisu žadatele** nelze pojistnou událost vyřídit. Nestačí-li místo na požadované údaje, uveďte je zvlášť v příloze.
2. Formulář předložte lékaři pojištěného. Za vyplnění uhradíte jím účtovaný honorář, neboť jde o zdravotní výkon, který nesleduje léčebný účel a je proveden na vaši žádost a ve Vašem osobním zájmu. Česká pojišťovna a.s. se bude podílet na jeho úhradě.
3. V případě jakýchkoli nejasností nás můžete kontaktovat na telefonním čísle: +420 841 114 114
4. Vyplněné Oznámení zašlete na adresu: Česká pojišťovna a.s., P.O. Box 305, 601 00 Brno.

Vyplní žadatel:

K úrazu došlo dne v čase hod.

v místě (obec) ve státě

Uveďte souvislé a podrobné činnosti a okolnosti, za kterých k úrazu došlo:

Pokud k úrazu došlo v rámci činnosti organizace, pro kterou bylo úrazové pojištění sjednáno, nutno potvrdit:

Název organizace

IČ organizace

Podpis pověřeného pracovníka organizace a razítko

Vyplní lékař:

Diagnóza vlastního zranění:

Příčina úmrtí:

Adresa zdravotnického zařízení (ulice – místo, č.p./č.or., obec – pošta, PSČ), telefon:

V dne

Razítko a podpis lékaře

V dne

Podpis žadatele

¹⁾ termín platný pro pojistné smlouvy sjednané do 31. 12. 2004

²⁾ termín platný pro pojistné smlouvy sjednané po 1. 1. 2005

RČ pojištěného