



## Formulář k provedení identifikace 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		
Místo narození		
Pohlaví		
Trvalý nebo jiný pobyt		
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**:

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

Identifikace partnera (HR)

--

Identifikace poradce

--

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

Datum zjištění a ověření: \_\_\_\_\_ Podpis osoby, která provedla identifikaci: \_\_\_\_\_

Pozn. Pro případ provedení identifikace právnické osoby nebo podnikající fyzické osoby, vyplňte prosím tuto identifikaci na tiskopis Z0111.

### 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 byla 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 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.