



Oznámení škodní události – úmrtí



Pojistitel

YOUPLUS Životní pojišťovna, pobočka pro Českou republiku, IČ: 139 91 418, se sídlem Přízova 526/5, Trnitá, 602 00 Brno, Česká republika
Kontaktní adresa: YOUPLUS Životní pojišťovna, Vlněna Office Park, Přízova 5, 602 00 Brno.

Tento formulář slouží pro oznámení škodní události, kterou je úmrtí pojištěného. Oznámení vyplňuje osoba, které vzniklo právo na pojistné plnění¹⁾.

Informace k uplatňování práva na pojistné plnění

Pokyny pro doručení oznámení

Oznámení spolu s potřebnými přílohami vyjmenovanými níže nám můžete doručit prostřednictvím pojišťovacího zprostředkovatele, nebo zasláním na naši kontaktní adresu uvedenou v záhlaví formuláře.

Vytištěné a naskenované, nebo elektronickým podpisem podepsané oznámení je možné zaslat také prostřednictvím elektronické podatelny, umístěné na našich webových stránkách www.youplus.cz. Dokumenty, které vyžadujeme doložit v ověřené kopii, nebo které obsahují úředně ověřený podpis, a dále originál veřejné listiny o identifikaci oprávněných osob, je však v takovém případě nezbytné doručit nám dodatečně.

Dokumenty nezbytné k likvidaci události

Abychom mohli událost vyřídit co nejdříve, k oznámení nám prosím přiložte také:

- formulář potvrzený zprostředkovatelem příp. veřejnou listinu vydanou státním orgánem o identifikaci každé z oprávněných osob, pokud jim má z pojistné události vzniknout právo na plnění v částce vyšší než 24.000,- Kč (více informací níže v části „Identifikace oprávněných osob“)
- úředně ověřenou kopii úmrtního listu;
- kopii lékařské zprávy, ze které vyplývá začátek a průběh nemoci, která vedla k úmrtí a/nebo lékařem vyplněný formulář Lékařská zpráva k oznámení škodní události – úmrtí, pokud si ho vyžádáme;
- doklad o příčině úmrtí:
 - pitevní zprávu / nález (byla-li provedena pitva);
 - úředně ověřenou kopii listu o prohlídce zemřelého, nebo
 - jiné podobné oficiální osvědčení o příčině úmrtí;
- kopii policejní zprávy, bylo-li úmrtí vyšetřováno policií (v případě úmrtí v zahraničí musí být zpráva přeložena);

Dokumenty prokazující vztah oprávněné osoby k pojištěnému

Pokud byla obmyšlená osoba určena vztahem k pojištěnému, nebo nebyl-li obmyšlený určen a má-li právo na plnění nabyt manžel pojištěného, jeho děti nebo rodiče, doložte (podle okolností):

- potvrzení obecního (městského) úřadu v místě bydliště pojištěného, že osoba, která nárokuje pojistné plnění a zemřelá osoba byly až do smrti pojištěného manželi, nebo
- potvrzení městského (obecního) úřadu o všech dětech zemřelé osoby s uvedením všech potřebných údajů (jméno, rodné číslo, adresa), nebo
- rodný list pojištěného s uvedením údajů o jeho rodičích.

V případě, že je oprávněná osoba nezletilá, podává oznámení zákonný zástupce nezletilého uvedený v rodném listě nezletilého, jehož úředně ověřenou kopii je třeba doložit. Jestliže zákonným zástupcem jsou jiné osoby než jejich rodiče, přiložte úředně ověřenou kopii rozhodnutí soudu, které toto prokazuje.

Identifikace oprávněných osob

V souladu se zákonem 253/2008 Sb., o některých opatřeních proti legalizaci výnosů z trestné činnosti a financování terorismu jsme povinni provést identifikace oprávněné osoby z životního pojištění. Identifikace se provádí v případě, kdy pojistné plnění přesahuje částku 24 000,- Kč nebo pokud je oprávněná osoba politicky exponovaná, a to bez ohledu na výši plnění. Identifikaci oprávněné osoby je oprávněn provést náš smluvní pojišťovací zprostředkovatel, případně také notář, obecní úřad nebo kontaktní místo veřejné správy. Provedení identifikace, s výjimkou identifikace zprostředkovatelem, je zpoplatněno částkou 200,-Kč, kterou hradí oprávněná osoba.

Identifikaci není třeba provést, pokud je oprávněná osoba na dotčené pojistné smlouvě sama pojistníkem nebo pojištěným, a pokud byla identifikována při vzniku pojistné smlouvy (tj. vždy, pokud nešlo o smlouvu sjednanou prostředky komunikace na dálku).

Pro identifikaci naším zprostředkovatelem můžete využít formulář dostupný přímo u zprostředkovatele nebo toto oznámení. Kontaktní údaje správce pojistné smlouvy má k dispozici pojistník, případně Vám je sdělíme na Vaši žádost.

Náklady spojené s uplatněním práva na pojistné plnění

Všechny náklady spojené s uplatněním práva na pojistné plnění nesou oprávněné osoby samy.

¹⁾ Právo na plnění v případě smrti pojištěného má obmyšlená osoba. Pokud nebyla v době úmrtí pojištěného obmyšlená osoba určena nebo nenabývá-li právo na pojistné plnění, nabývá toto právo osoba určená podle § 51 odst. 2 a 3 zákona o pojistné smlouvě, resp. § 2831 občanského zákoníku, tedy manžel pojištěného, a není-li ho, děti pojištěného a není-li jich pak rodiče pojištěného. Pokud nenabude plnění žádná z těchto osob, nabývají práva na plnění dědici pojištěného. V takovém případě nám prosím uveďte také údaje o příslušném orgánu vyřizujícím požadavek.

Pojistitel

YOUPLUS Životní pojišťovna, pobočka pro Českou republiku, IČ: 139 91 418, se sídlem Přízova 526/5, Trnitá, 602 00 Brno, Česká republika

Kontaktní adresa: YOUPLUS Životní pojišťovna, Vlněna Office Park, Přízova 5, 602 00 Brno.

1. Údaje o pojištěném a pojistné smlouvě

Pojistná smlouva/Pojistná událost č.

Pojištěný

Příjmení, jméno, titul	Rodné číslo
E-mail	Telefon
Adresa posledního bydliště	
Povolání pojištěného	Vykonával od

2. Údaje o úmrtí pojištěné osoby

Datum, čas a místo úmrtí	Uvedte přesný datum a čas úmrtí a místo, kde k úmrtí pojištěného došlo.	
Název a adresa zdravotnického zařízení	Došlo-li k úmrtí pojištěného v nemocnici nebo jiném zdravotnickém zařízení, uveďte prosím jeho název a adresu.	
Příčina úmrtí	Uvedte název nemoci, na kterou pojištěný zemřel, druh poranění, příp. zda šlo o sebevraždu.	
Okolnosti úmrtí	Popište okolnosti vzniku úrazu, byl-li příčinou úmrtí. V případě nemoci uveďte prosím diagnózu, popis jejího vzniku včetně data prvních příznaků a okolností a popis její léčby.	
Bylo úmrtí šetřeno Policií ČR nebo jiným bezpečnostním sborem?	<input type="checkbox"/> Ano <input type="checkbox"/> Ne	Pokud byla událost šetřena Policií ČR nebo jiným bezpečnostním sborem, uveďte prosím adresu příslušného oddělení, číslo jednací a kontaktní údaje. Máte-li k dispozici zprávu o šetření, přiložte ji prosím k tomuto hlášení.
Praktický lékař pojištěného	Uvedte prosím jméno, adresu a telefonní číslo či emailovou adresu posledního praktického lékaře pojištěného.	
Odborný lékař pojištěného	Uvedte prosím jméno, adresu a telefonní číslo či emailovou adresu odborných lékařů pojištěného, kteří mu poskytovali péči v souvislosti s příčinou úmrtí.	

3. Pokud došlo k úmrtí následkem úrazu, vyplňte také následující část:

Datum a místo, kde k úrazu došlo		Uvedte datum a místo, kde úraz nastal.
Popis úrazu		Popište podrobně, jak k úrazu, který byl příčinou smrti pojištěného došlo. Pokud došlo k úrazu při sportu, uveďte druh sportu a úroveň, na které jej pojištěný provozoval a od kterého data pojištěný sport provozoval.
Došlo k úrazu po požití alkoholem nebo jiné návykové látky? Pokud ano, uveďte látku a její množství (i malé):		<input type="checkbox"/> Ano <input type="checkbox"/> Ne
Látka:	Množství:	

4. Další informace

Jméno (název), adresa a kontakt notáře/soudu, vyřizujícího pozůstalost	Vyplňte, pokud nebyla určena obmyšlená osoba.
Nárokujete nebo budete nárokovat v souvislosti s úmrtím tohoto pojištěného pojistné plnění u jiné pojišťovny?	<input type="checkbox"/> Ano <input type="checkbox"/> Ne
	Pokud ano, uveďte prosím název pojišťovny a druh produktu (životní pojištění, úrazové pojištění, cestovní pojištění apod.)

5. Údaje o oprávněných osobách
1. Oprávněná osoba

Příjmení, jméno, titul		Pohlaví
Datum narození	Rodné číslo	
Místo a stát narození	Státní občanství	
Doklad totožnosti	<input type="checkbox"/> Občanský průkaz <input type="checkbox"/> Cestovní pas <input type="checkbox"/> Jiné:	
Číslo dokladu totožnosti		
Datum vydání	Platnost do	Vydal
E-mail	Telefon	
Adresa trvalého pobytu		
Kontaktní adresa		
Vztah k pojištěnému	Politicky exponovaná osoba	<input type="checkbox"/> Ano <input type="checkbox"/> Ne
Číslo účtu pro zaslání pojistného plnění		
Datum, místo a podpis oprávněné osoby		Podpis:
Datum:		

2. Oprávněná osoba

Příjmení, jméno, titul		Pohlaví
Datum narození	Rodné číslo	
Místo a stát narození	Státní občanství	
Doklad totožnosti	<input type="checkbox"/> Občanský průkaz <input type="checkbox"/> Cestovní pas <input type="checkbox"/> Jiné:	
Číslo dokladu totožnosti		
Datum vydání	Platnost do	Vydal
E-mail		Telefon
Adresa trvalého pobytu		
Kontaktní adresa		
Vztah k pojištěnému	Politicky exponovaná osoba <input type="checkbox"/> Ano <input type="checkbox"/> Ne	
Číslo účtu pro zaslání pojistného plnění		
Datum, místo a podpis oprávněné osoby		Podpis: <div style="border: 1px solid red; height: 150px; width: 100%;"></div>
Datum:		

3. Oprávněná osoba

Příjmení, jméno, titul		Pohlaví
Datum narození	Rodné číslo	
Místo a stát narození	Státní občanství	
Doklad totožnosti	<input type="checkbox"/> Občanský průkaz <input type="checkbox"/> Cestovní pas <input type="checkbox"/> Jiné:	
Číslo dokladu totožnosti		
Datum vydání	Platnost do	Vydal
E-mail		Telefon
Adresa trvalého pobytu		
Kontaktní adresa		
Vztah k pojištěnému	Politicky exponovaná osoba <input type="checkbox"/> Ano <input type="checkbox"/> Ne	
Číslo účtu pro zaslání pojistného plnění		
Datum, místo a podpis oprávněné osoby		Podpis: <div style="border: 1px solid red; height: 150px; width: 100%;"></div>
Datum:		

6. Údaje o oznamovateli

Příjmení, jméno, titul	Rodné číslo
E-mail	Telefon
Adresa trvalého pobytu	
Vztah k pojištěnému nebo oprávněným osobám, příp. specifikace právního zájmu na plnění	

Informace o zpracování osobních údajů

E-mailovou adresu a telefonní číslo oprávněné osoby uvedené v tomto formuláři využijeme pro zasílání korespondence, týkající se oznámené události a pro vzájemnou komunikaci.

Osobní údaje osob, které jsou uvedeny na tomto formuláři, zpracováváme i bez jejich souhlasu, a to za účelem splnění smlouvy, pro účely našich oprávněných zájmů a také za účelem plnění našich zákonných povinností. Bližší informace o zpracování osobních údajů, stejně jako informace o právech subjektů údajů, naleznete v Informacích o zpracování osobních údajů zveřejněných na www.youplus.cz v sekci YOUPLUS a osobní údaje. Pokud jste uvedl/a osobní údaje dalších osob, podpisem této žádosti se nám zavazujete je informovat o zpracování jejich osobních údajů.

Prohlášení oznamovatele

Podpisem tohoto formuláře potvrzuji, že jsem údaje v tomto formuláři vyplnil/a úplně a správně a jsem si vědom/a následku uvedení vědomě nepravdivých nebo hrubě zkreslených podstatných údajů týkajících se vzniku nebo rozsahu oznámené události, včetně zamlčení údajů týkajících se této události, zejm. práva pojistitele na náhradu vzniklých nákladů a trestní odpovědnosti podle § 210 zák. 40/2009 Sb., trestního zákoníku.

Datum a podpis oznamovatele	
Datum:	Podpis:

7. Prohlášení zprostředkovatele

Pojišťovací zprostředkovatel tímto potvrzuje, že údaje, týkající se identifikace oprávněných osob ve smyslu zákona č. 253/2008 Sb., o některých opatřeních proti legalizaci výnosů z trestné činnosti a financování terorismu, i jejich podobu podle platného a nepoškozeného dokladu totožnosti řádně ověřil. Pokud je oprávněnou osobou nezletilý, který nemá doklad totožnosti, poradce potvrzuje, že identitu nezletilého ověřil dle jeho rodného listu ve spojení s ověřením totožnosti zákonného zástupce dle průkazu totožnosti, resp. ve spojení s jiným dokumentem dokládajícím oprávnění k jednání za nezletilého pojištěného.

Identifikační a kontaktní údaje osoby, která provedla identifikaci	
Příjmení, jméno, titul	
Obchodní jméno samostatného zprostředkovatele	
ID samostatného zprostředkovatele/ID poradce	
E-mail	Telefon

Datum a místo podpisu	
Podpis:	