

## Oznámení pojistné události - úmrtí

### - POKYNY K VYPLNĚNÍ -

Vytiskněte všechny strany formuláře.

#### První a druhá strana formuláře:

- Formulář Oznámení pojistné události - úmrtí pojištěné osoby, vyplňuje osoba, která je v pojistné smlouvě uvedena jako obmyšlená osoba s úředním ověřením totožnosti (lze provést např. na matrice, obecním úřadě nebo u notáře). Pokud obmyšlená osoba není určena v době úmrtí pojištěného nebo nenabývá právo na pojistné plnění, nabývá toto právo osoba určená podle § 51 odst. 2 a 3 zákona o pojistné smlouvě, resp. § 2831 občanského zákoníku. V případě, že je obmyšlená osoba nezletilá, podává žádost zákonný zástupce nezletilého. U nezletilých osob je potřeba doložit úředně ověřenou kopii jejich rodných listů. Jestliže zákonným zástupcem jsou jiné osoby než jejich rodiče, přiložte úředně ověřenou kopii rozhodnutí soudu, které toto prokazuje.
- Veškeré náklady hradí osoba uplatňující nárok na pojistné plnění.

#### Třetí strana formuláře:

- Vyplní ošetřující nebo praktický lékař pojištěné osoby.

#### Přílohy k formuláři:

- Úředně ověřená kopie úmrtního listu.
- Kopie lékařské zprávy související s daným onemocněním či úrazem.
- Kopie policejní zprávy, bylo-li úmrtí vyšetřováno policií (v případě úmrtí v zahraničí musí být zpráva úředně přeložena).
- Pokud je uvedená obmyšlená osoba se zemřelým ve vztahu „manžel“, „manželka“, doložte potvrzení městského (obecního) úřadu, oddělení evidence obyvatelstva v místě bydliště pojištěného, že obmyšlená osoba, která nárokuje pojistné plnění, a zemřelá osoba byly až do smrti pojištěného manželi.
- Pokud je uvedená obmyšlená osoba se zemřelým ve vztahu „dítě“, „dítě“ bez bližší identifikace – doložte potvrzení městského (obecního) úřadu o všech dětech zemřelé osoby s uvedením všech potřebných údajů (jméno, rodné číslo, adresa).

Pro účely likvidačního řízení mohou být pojišťovnou vyžádány další podklady.

Informace o zpracování Vašich osobních údajů naleznete na [www.mylife-leben.cz](http://www.mylife-leben.cz).

Veškerou potřebnou dokumentaci zašlete na adresu:

**myLife Lebensversicherung AG, Přízova 5, 602 00 Brno**

V případě jakýchkoliv dotazů nás kontaktujte na infolince: **+420 530 519 519** nebo e-mailem: **info@mylife-leben.cz**

## Oznámení pojistné události - úmrtí

### Informace pro uplatnění nároku na pojistné plnění v případě úmrtí:

- K vyplněnému formuláři přiložte:
  - úředně ověřenou kopii úmrtního listu
  - kopii lékařské zprávy se začátkem a průběhem nemoci, která vedla k úmrtí
  - doklad o příčině úmrtí:
    - pitevní zprávu / nález (byla-li provedena pitva)
    - úředně ověřenou kopii listu o prohlídce mrtvého
    - nebo jiné podobné lékařské / úřední osvědčení o příčině úmrtí
  - kopii policejní zprávy, bylo-li úmrtí vyšetřováno policií (v případě úmrtí v zahraničí musí být zpráva úředně přeložena).
- Pokud nebyla určena obmyšlená osoba, vzniká právo na pojistné plnění osobám v souladu s § 51 odst. 2 a 3 zákona o pojistné smlouvě, resp. § 2831 občanského zákoníku.
- Jestliže je obmyšlená osoba nezletilá, je potřeba doložit úředně ověřenou kopii jejího rodného listu. Pokud jsou zákonným zástupcem jiné osoby než její rodiče, přiložte úředně ověřenou kopii rozhodnutí soudu, které toto prokazuje.
- Osoba, uplatňující nárok na pojistné plnění, musí být identifikována. Pokud nebyla oprávněná osoba identifikována při sjednání pojištění, lze identifikaci provést u notáře nebo na kontaktním místě veřejné správy (Czech Point).
- Veškeré náklady hradí osoba uplatňující nárok na pojistné plnění.
- Vyplněný formulář zašlete u životního pojištění na adresu: **myLife Lebensversicherung AG, Přízova 5, 602 00 Brno**

### ČÍSLO POJISTNÉ SMLOUVY:

#### ÚDAJE O POJIŠTĚNÉ OSOBĚ

Jméno a příjmení: ..... Kontakt: .....  
 Rodné číslo: ..... E-mail: .....  
 Poslední adresa: ..... PSČ: .....

#### ÚDAJE O ÚMRTÍ POJIŠTĚNÉ OSOBY

<b>Datum a místo úmrtí:</b>	
<b>Příčina úmrtí:</b>	
<b>Podrobně popište okolnosti, za kterých došlo k úmrtí:</b>	
<b>V případě, že došlo k úmrtí následkem úrazu, uveďte datum a místo, kde k úrazu došlo a popište okolnosti úrazu:</b>	
<b>V případě úmrtí v nemocnici uveďte název a adresu zdravotnického zařízení:</b>	
<b>Uveďte jméno a adresu posledního praktického nebo odborného lékaře, kde měla pojištěná osoba vedenou zdravotnickou dokumentaci a také název a adresu příslušného zdravotnického zařízení:</b>	
<b>Bylo úmrtí šetřeno policií?</b> <i>(Pokud ano, uveďte kontaktní osobu, adresu příslušného oddělení policie, telefon a číslo jednací.)</i>	<input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne
<b>Uplatňujete nebo budete uplatňovat v souvislosti s výše uvedenou pojistnou událostí pojistné plnění u jiné pojišťovny?</b> <i>(Pokud ano, uveďte přesný název pojišťovny.)</i>	<input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne
<b>Uveďte jméno, adresu a telefonický kontakt notáře, který je pověřen dědickým řízením:</b>	

## ČÍSLO POJISTNÉ SMLOUVY:

OBMYŠLENÁ OSOBA DLE UZAVŘENÍ POJISTNÉ SMLOUVY:	
<i>Jméno a příjmení:</i>	<i>Rodné číslo:</i>
<i>Vztah k pojištěnému:</i>	<i>Kontakt:</i>
<i>Adresa:</i>	<i>E-mail:</i>
<b>Pojistné plnění poukažte na číslo účtu:</b>	<b>Kód banky:</b>

1. NEZLETILÁ OBMYŠLENÁ OSOBA	
<i>Jméno a příjmení:</i>	<i>Rodné číslo:</i>
<b>Zákonný zástupce:</b>	
<i>Jméno a příjmení:</i>	<i>Rodné číslo:</i>
<i>Vztah k dítěti:</i>	<i>Kontakt:</i>
<i>Adresa:</i>	<i>E-mail:</i>
<b>Pojistné plnění poukažte na číslo účtu:</b>	<b>Kód banky:</b>

2. NEZLETILÁ OBMYŠLENÁ OSOBA	
<i>Jméno a příjmení:</i>	<i>Rodné číslo:</i>
<b>Zákonný zástupce:</b>	
<i>Jméno a příjmení:</i>	<i>Rodné číslo:</i>
<i>Vztah k dítěti:</i>	<i>Kontakt:</i>
<i>Adresa:</i>	<i>E-mail:</i>
<b>Pojistné plnění poukažte na číslo účtu:</b>	<b>Kód banky:</b>

DALŠÍ OBMYŠLENÉ OSOBY DLE UZAVŘENÍ POJISTNÉ SMLOUVY:	
<i>Jméno a příjmení:</i>	<i>Rodné číslo:</i>
<i>Vztah k pojištěnému:</i>	<i>Kontakt:</i>
<i>Adresa:</i>	<i>E-mail:</i>
<b>Pojistné plnění poukažte na číslo účtu:</b>	<b>Kód banky:</b>
<i>Jméno a příjmení:</i>	<i>Rodné číslo:</i>
<i>Vztah k pojištěnému:</i>	<i>Kontakt:</i>
<i>Adresa:</i>	<i>E-mail:</i>
<b>Pojistné plnění poukažte na číslo účtu:</b>	<b>Kód banky:</b>

Prohlašuji, že jsem odpověď/la pravdivě a úplně a uvedené údaje odpovídají skutečnostem. Jsem si vědom/a toho, že nepravdivé nebo neúplné údaje v tomto oznámení mohou vést ke ztrátě pojistné ochrany a k velkým postihům, dokonce i když pojišťitel kvůli těmto informacím nevznikne žádná škoda.  
Souhlasím, aby si pojišťovna myLife Lebensversicherungs AG vyžádala veškerou potřebnou dokumentaci.

V..... dne.....

.....  
Podpis osoby uplatňující nárok na pojistné plnění

## Zpráva lékaře o úmrtí

Jméno a příjmení klienta:		Rodné číslo:	
Datum a příčina úmrtí:			
V případě, že pacient zemřel ve zdravotnickém zařízení, uveďte prosím název a adresu zařízení:			
Pokud došlo k úmrtí v důsledku úrazu, uveďte okolnosti úrazu, za kterých k úrazu došlo a zdali měl předchozí zdravotní stav nějakou souvislost s příčinou úmrtí:			
Další onemocnění, která souvisejí s úmrtím:			
Kdy byly pozorovány první příznaky nemoci, která byla příčinou úmrtí?			
Byla provedena pitva? <i>Pokud ano, uveďte adresu zdravotnického zařízení, kde byla provedena:</i>		<input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne	
Došlo k úmrtí pod vlivem alkoholu nebo jiných omamných látek? <i>Pokud ano, uveďte množství alkoholu v krvi v ‰, druh omamné látky:</i>		<input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne	
Nastalo úmrtí pojištěné osoby v důsledku sebevraždy či vraždy? <i>Pokud ano, uveďte okolnosti:</i>		<input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne	
Byla událost šetřena orgány Policie?		<input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne	
Adresa zdravotnického zařízení, kde byl pacient sledován (uveďte celý název a adresu, pokud možno i jméno příslušného lékaře nebo lékařů):			
Ostatní sdělení lékaře:			
Úhrada za vyplnění zprávy: veškeré náklady hradí pozůstalý.			

V případě požadavků posudkového lékaře pojišťovny myLife Lebensversicherungs AG vyslovuji souhlas ke spolupráci. Čestně prohlašuji, že jsem odpověděl(a) pravdivě a úplně na všechny otázky a jsem si vědom(a) důsledků nepravdivých odpovědí.

V..... dne .....

.....  
Razítko a podpis lékaře