



# 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 plnění<sup>1)</sup>.**

## 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](http://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.

<sup>1)</sup> 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		
<b>Datum, místo a podpis oprávněné osoby</b>		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		
<b>Datum, místo a podpis oprávněné osoby</b>		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](http://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:	