



Oznámení pojistné události Úmrtí

ČÍSLO POJISTNÉ SMLOUVY/
NÁVRHU POJISTNÉ SMLOUVY

Vyplněný formulář nám zašlete poštou na kontaktní adresu Úzká 488/8, Brno, 602 00, případně na adresu sídla společnosti. **Prosíme, zvolte vždy jen jednu variantu zaslání. K formuláři přiložte úředně ověřenou kopii úmrtního listu, kopii listu o prohlídce zemřelého, příp. kopii policejního protokolu a zprávy o závěru vyšetřování, pokud byla příčina vzniku pojistné události šetřena policií. Náklady na vyplnění tohoto formuláře hradí žadatel o pojistné plnění.**

Pojistník/pojištěný (osoba, která zemřela)

PŘÍJMENÍ, JMÉNO, TITUL

RODNÉ PŘÍJMENÍ

RODNÉ ČÍSLO

ADRESA TRVALÉHO POBYTU
(ULICE, ČÍSLO, MĚSTO/OBEC)

PSČ

Žadatel o pojistné plnění

Identifikace žadatele o pojistné plnění může být provedena zaměstnancem pobočky UNIQA pojišťovny, a.s. nebo jejím pojišťovacím zprostředkovatelem. Pokud nebyla provedena identifikace dle předchozí věty, musí být podpis žadatele o pojistné plnění na tomto formuláři úředně ověřen.

PŘÍJMENÍ, JMÉNO, TITUL/
OBCHODNÍ FIRMA

RODNÉ ČÍSLO/IČO

ADRESA TRVALÉHO POBYTU/SÍDLO
(ULICE, ČÍSLO, MĚSTO/OBEC, PSČ)

MÍSTO NAROZENÍ

DATUM NAROZENÍ

DOKLAD TOTOŽNOSTI OP/ID PAS RODNÝ LIST¹⁾

ČÍSLO DOKLADU
TOTOŽNOSTI

STÁTNÍ
PŘÍSLUŠNOST

DOKLAD
TOTOŽNOSTI VYDAL

DATUM VYDÁNÍ

PLATNOST
DO

TELEFON

Pokud si nárok na plnění uplatňuje právnická osoba/fyzická osoba - OSVČ, vyplňte údaje níže:

OZNAČENÍ ÚŘEDNÍ EVIDENCE/
ÚŘEDNÍHO REJSTRÁKU²⁾

DIČ³⁾

KÓD STÁTU⁴⁾

ADRESA MÍSTA PODNIKÁNÍ
(ULICE, ČÍSLO, MĚSTO/OBEC, PSČ)

¹⁾ V případě rodného listu se pole „Číslo dokladu totožnosti“, „Datum vydání“, „Platnost do“ a „Doklad totožnosti vydal“ nevyplňují. Rodný list může nahradit doklad totožnosti pouze v případě, že je žadatel nezletilý.
²⁾ Označení evidence/rejstříku může být např. obchodní rejstřík, živnostenský rejstřík.
³⁾ DIČ vyplňte pouze v případě, pokud byl pojistníkovi přidělen. Pojmem DIČ se rozumí daňové identifikační číslo daňového poplatníka z jiné země než Česká republika.
⁴⁾ Kód státu, který daňové identifikační číslo (DIČ) vydal.



LOU

Údaje o úmrtí

DATUM ÚMRTÍ

MÍSTO ÚMRTÍ

PŘÍČINA ÚMRTÍ

POPIS OKOLNOSTÍ, ZA NICHŽ DOŠLO K ÚMRTÍ

BYLA UDÁLOST VYŠETŘOVÁNA ORGÁNY POLICIE APOD.? ANO NE

NÁZEV A ADRESA VYŠETŘUJÍCÍHO ORGÁNU

PŘÍJMENÍ, JMÉNA A ADRESY SVĚDKŮ UDÁLOSTI (PŘÍP. TELEFONNÍ ČÍSLA)

POKUD BYLO POSKYTNUTO LÉKAŘSKÉ OŠETŘENÍ, UVEĎTE PŘÍJMENÍ, JMÉNO LÉKAŘE A ADRESU ZAŘÍZENÍ

Výplata pojistného plnění (vyplňte v případě, že žádáte o výplatu plnění na bankovní účet)

BANKOVNÍ ÚČET
ČÍSLO - /

Pokud nemáte bankovní účet, pojistné plnění Vám bude zasláno poštovní poukázkou na výše uvedenou adresu trvalého pobytu.

DATUM PODPISU

MÍSTO PODPISU

POČET
PŘÍLOH

PODPIS ŽADATELE/ZÁSTUPCE ŽADATELE
O POJISTNÉ PLNĚNÍ

PODPIS ZÁSTUPCE POJISTITELE (NA ZÁKLADĚ PLNÉ MOCI)

ZA ŽADATELE O POJISTNÉ PLNĚNÍ PODEPISUJE (VYPLŇTE ČÁST IDENTIFIKACE A PROHLÁŠENÍ ZÁSTUPCE ŽADATELE O POJISTNÉ PLNĚNÍ)

- ZÁKONNÝ ZÁSTUPCE (PŘILOŽTE RODNÝ LIST, POKUD JSTE HO DOPOSUD POJISTITELI NEPOSKYTLI)
- ZMOCNĚNÝ ZÁSTUPCE (PŘILOŽTE PLNOU MOC)
- OPATROVNÍK (PŘILOŽTE ROZHODNUTÍ SOUDU)
- OSOBA/OSOBY ZASTUPUJÍCÍ PRÁVNICKOU OSOBU NEBO OSVČ (PŘILOŽTE ÚŘEDNĚ OVĚŘENOU KOPII VÝPISU Z ÚŘEDNÍ EVIDENCE/REGISTRU)

Pojistitel požaduje úřední ověření podpisu žadatele o pojistné plnění/zástupce žadatele o pojistné plnění na tomto formuláři, pokud nebyla provedena identifikace těchto osob na pobočce UNIQA nebo pojišťovacím zprostředkovatelem UNIQA pojišťovny, a.s.

ÚŘEDNĚ OVĚŘENÝ PODPIS

Zpráva lékaře Úmrtí

ČÍSLO POJISTNÉ SMLOUVY/
NÁVRHU POJISTNÉ SMLOUVY

VYPLNÍ LÉKAŘ, NEJLÉPE INFORMOVANÝ O ZDRAVOTNÍM STAVU POJISTNÍKA/POJIŠTĚNÉHO, KTERÝ ZEMŘEL.

Náklady na vyplnění této Zprávy hradí žadatel o pojistné plnění.

Pojistník/pojištěný (osoba, která zemřela)

PŘÍJMENÍ, JMÉNO, TITUL

RODNÉ ČÍSLO

Údaje o úmrtí

DATUM ÚMRTÍ

ČAS ÚMRTÍ

BYLA VYKONÁNA PITVA?

ANO

NE

MÍSTO ÚMRTÍ

PŘÍJMENÍ, JMÉNO A ADRESA LÉKAŘE NEBO ZDRAVOTNICKÉHO ZAŘÍZENÍ, KTERÉ PROVEDLO PROHLÍDKU MRTVÉHO TĚLA

PŘÍČINA ÚMRTÍ

POPIS OKOLNOSTÍ, ZA KTERÝCH DOŠLO K ÚMRTÍ

DOŠLO K ÚMRTÍ POD VLIVEM ALKOHOLU
NEBO OMAMNÝCH LÁTEK?

ANO

NE

DRUH OMAMNÉ LÁTKY

‰ ALKOHOLU
V KRVI

BYLO PŘÍČINOU ÚMRTÍ ÚMYSLNÉ SEBEPOŠKOZENÍ?

ANO

NE

BYLA UDÁLOST VYŠETŘOVÁNA
ORGÁNY POLICIE APOD.?

ANO

NE

NÁZEV A ADRESA VYŠETŘUJÍCÍHO ORGÁNU

Jiné lékařské oznámení

BYL KUŘÁK? ANO NE
 ABSOLVOVAL PRAVIDELNĚ PREVENTIVNÍ
 PROHLÍDKY U PRAKTICKÉHO LÉKAŘE?

POČET KUSŮ CIGARET DENNĚ _____

ANO NE DATUM POSLEDNÍ PROHLÍDKY

VŠECHNY PŘEDCHOZÍ ONEMOCNĚNÍ ZAZNAMENANÉ VE ZDRAVOTNÍ KARTĚ	ZAČÁTEK	PŘÍČINA	DIAGNÓZA	VYLÉČENO
_____	<input type="text"/>	_____	_____	<input type="checkbox"/> ANO <input type="checkbox"/> NE
_____	<input type="text"/>	_____	_____	<input type="checkbox"/> ANO <input type="checkbox"/> NE
_____	<input type="text"/>	_____	_____	<input type="checkbox"/> ANO <input type="checkbox"/> NE
_____	<input type="text"/>	_____	_____	<input type="checkbox"/> ANO <input type="checkbox"/> NE
_____	<input type="text"/>	_____	_____	<input type="checkbox"/> ANO <input type="checkbox"/> NE
_____	<input type="text"/>	_____	_____	<input type="checkbox"/> ANO <input type="checkbox"/> NE
_____	<input type="text"/>	_____	_____	<input type="checkbox"/> ANO <input type="checkbox"/> NE
_____	<input type="text"/>	_____	_____	<input type="checkbox"/> ANO <input type="checkbox"/> NE

V případě, že Vám nestačí formulář, přiložte podepsanou přílohu a uveďte číslo pojistné smlouvy.

Podpisy, přílohy a prohlášení

Potvrzuji, že údaje v této Zprávě lékaře se týkají osoby pojistníka/pojištěného uvedené na první straně formuláře jako „pojištěný“, a že jsem tuto zprávu vypracoval(a) na základě zdravotní dokumentace vystavené zdravotnickým zařízením uvedeným níže.

DATUM PODPISU

MÍSTO PODPISU _____

TELEFON LÉKAŘE

POČET PŘÍLOH _____

JMÉNO A ADRESA LÉKAŘE / ZDRAVOTNICKÉHO
 ZAŘÍZENÍ

RAZÍTKO A PODPIS LÉKAŘE