

**Pokyny pro uplatnění nároku na pojistné plnění v případě úmrtí pojištěného**

- K oboustranně vyplněnému „Oznámení o škodě“ přiložte:
  - úředně ověřenou kopii úmrtního listu
  - v případě úmrtí následkem úrazu kopii Usnesení Policie ČR o příčině úmrtí
  - v případě úmrtí mimo nemocniční zařízení kopii Listu o prohlídce mrtvého.
- Pokud nebyla v pojistné smlouvě určena osoba oprávněná k převzetí pojistného plnění v případě úmrtí pojištěného (obmyšlený), právo na pojistné plnění vzniká osobám v souladu s ustanovením § 817, odst. 2, 3 Občanského zákoníku u pojistných smluv uzavřených do 31.12.2004, u pojistných smluv uzavřených po tomto datu podle ustanovení § 51, odst. 2, 3 zákona o pojistné smlouvě č. 37/2004 Sb.
- Jestliže je obmyšlená osoba nezletilá, je potřeba doložit doklad stanovující zákonného zástupce nezletilého, tj. úředně ověřenou kopii rodného listu, popř. úředně ověřenou kopii rozhodnutí soudu.
- Úřední ověřování dokladů se provádí na obecním úřadě, notářem, soudem či pracovníkem UNIQA pojišťovny, a.s., a to otiskem razítka, podpisem a uvedením data ověření.
- Výše uvedené podklady zašlete na adresu: **UNIQA pojišťovna, a.s., odbor správa životního pojištění, Evropská 136, 160 12 Praha 6.**

Vyplňte číslo pojistné smlouvy (smluv)

<b>Pojištěný /poškozený</b>	Příjmení		Jméno	
	Rodné číslo			
	Ulice			
	Č.p.	PSC	Obec	
	Povolání			Státní příslušnost
	<b>Datum úmrtí</b>	2 0	Příčina úmrtí	
<b>Popište prosím podrobně okolnosti, za kterých došlo k úmrtí</b>				
<b>Byla poj. událost vyšetřena orgány policie?</b>	<input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> ano			
<b>Název a adresa vyš. orgánu, příp. číslo vyšetř. spisu</b>				
<b>V případě úmrtí ve zdravotnickém zařízení uveďte prosím údaje o lékaři, který ošetřoval pojištěného (poškozeného) jako poslední</b>	Název a adresa zdrav. zařízení		Příjmení a jméno lékaře	Telefon
<b>Obmyšlená osoba dle uzavřené pojistné smlouvy</b>	Příjmení		Jméno	Titul
	Rodné číslo		Povolání	Telefon
	Adresa (ulice, číslo, obec, PSČ)			
<b>Uveďte prosím jméno, příjmení a adresu notáře, který bude vyřizovat dědické řízení Zákonný zástupce obmyšlené osoby v případě její nezletilosti</b>	Příjmení		Jméno	Titul
	Rodné číslo		Vztah k obmyšlené osobě	
	Adresa (ulice, číslo, obec, PSČ)			Telefon
	Příjmení		Jméno	Titul
	Rodné číslo		Vztah k obmyšlené osobě	
<b>Pojistné plnění poukáže na</b>	kód banky	č. účtu	spec. symbol	
	nebo na adresu			

**PROHLÁŠENÍ:** Prohlašuji, že jsem veškeré údaje uvedl(a) pravdivě a úplně, že jsem k výše uvedené pojistné události vyplnil(a) pro UNIQA pojišťovnu, a.s. pouze toto oznámení a že jsem si vědom(a) toho, že uvedení nepravdivých údajů opravňuje pojistitele ke snížení pojistného plnění.

**Zpráva lékaře, který potvrdí příčinu úmrtí, počátek a průběh smrtelného onemocnění a bližší okolnosti úmrtí.**

Datum a příčina úmrtí  
(přesná diagnóza)

Další nemoci, které mají  
souvinnost s úmrtím:

Kdy byly pozorovány první  
příznaky choroby,  
která byla příčinou úmrtí?

Ve kterém zdravotnickém  
zařízení byl pacient sledován?  
(Uveďte prosím celý název  
a adresu, pokud možno  
i jméno příslušného  
odborného lékaře  
nebo lékařů):

V případě, že pacient zemřel  
ve zdravotnickém zařízení,  
uveďte prosím název a adresu  
zařízení:

V případě úmrtí v důsledku  
úrazu uveďte, prosím, zda  
má předchozí zdravotní stav  
nějakou souvislost s příčinou  
úmrtí:

Došlo k úmrtí pod vlivem  
alkoholu, návykových látek  
nebo léků?

Bylo příčinou úmrtí úmyslné  
sebepoškození?

Ostatní sdělení lékaře  
k okolnostem úmrtí: