

# Doplňující zpráva k Úmrtí

Poskytnutí údajů je v souladu se souhlasem hlásitele, uvedeného v prohlášení na oznámení pojistné události a v oddíle I. tohoto formuláře. Zpráva je požadována za účelem šetření nutného ke zjištění rozsahu povinnosti pojistitele plnit, resp. za účelem objektivizace rozsahu nároků vyplývajících ze smluvního vztahu uzavřeného s pojištěným.

## ODDÍL I. Vyplní osoba, která událost hlásí

Pojistná / úvěrová smlouva č.	
Datum počátku pojištění	
Datum vzniku události (datum úmrtí)	

## A. Osobní údaje hlásitele

Příjmení a jméno	Příbuzenský či jiný vztah	Rodné číslo
Adresa trvalého bydliště (kontaktní adresa)	PSČ	Telefon domů/zaměstnání

## B. Osobní údaje zesnulého pojištěného (poškozeného)

Příjmení a jméno zesnulého	Rodné číslo
Adresa zesnulého	PSČ

## C. Osobní údaje zesnulého pojištěného pokud se jedná o cizího státního příslušníka (poškozeného jemuž se událost stala)

Příjmení a jméno zesnulého	Datum narození
Korespondenční adresa zesnulého (na území ČR)	PSČ

## Prohlášení

Prohlašuji, že všechny mé odpovědi na písemně položené dotazy pojistitele uvedené v tomto tiskopise jsou pravdivé a úplné a jsem si vědom důsledků nepravdivých odpovědí na povinnost pojistitele plnit.

Na základě zmocnění pojištěného uvedeného v prohlášení na pojistné smlouvě týkající se oprávnění lékařů sdělovat informace o zdravotním stavu a to i po smrti pojistiteli, souhlasím s poskytnutím těchto údajů.

V souladu se zákonem č.101/2000 Sb., o ochraně osobních údajů, ve znění pozdějších předpisů (dále jen „zákon“), výslovně souhlasím, aby mé osobní údaje byly pojistitelem zpracovány v rámci činnosti v pojišťovnictví a činnosti související s pojišťovací činností podle zák. č. 363/1999 Sb., o pojišťovnictví, ve znění pozdějších předpisů, a to po dobu nezbytně nutnou k zajištění všech práv a povinností plynoucích ze závazkového vztahu. Ve smyslu zákona č. 133/2000 Sb., o evidenci obyvatel a o rodných číslech a o změně některých zákonů, ve znění pozdějších předpisů, souhlasím s tím, aby ve stejném rozsahu, za stejným účelem a po stejnou dobu jako ostatní osobní údaje bylo využíváno rodné číslo, jehož jsem nositelem. Veškeré poskytnuté údaje bude zpracovávat pojistitel nebo zpracovatel registrovaný v souladu s § 16 zákona Úřadem pro ochranu osobních údajů. Prohlašuji, že jsem byl v souladu se zákonem řádně informován o zpracování mých osobních údajů. Na důkaz svého souhlasu s výše uvedeným, připojuji k tomuto prohlášení svůj podpis.

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

.....  
Podpis hlásitele  
(předkládá-li tiskopis)

## ODDÍL II. Vyplní lékař u něhož má pojištěný vedenu zdravotní dokumentaci

### A. Údaje lékaře – výpis ze zdravotní dokumentace

Datum a místo úmrtí dle zdravotní dokumentace

Na jakou nemoc, či z jaké příčiny jmenovaný zemřel? (DG, klinická, laboratorní, sekční)

Byla tato nemoc komplikací nebo následkem jiné nemoci nebo úraz? Pokud ANO uveďte souvislosti a DG.

Kdy byla nemoc uvedená ad 2) a ad 3) poprvé zjištěna?

Kdy jste převzal zesnulého do své lékařské péče (léčení, vyšetření)? Od kdy máte vedenu jeho zdravotní dokumentaci?

Uveďte ostatní lékaře (ústavy) u nichž se zesnulý pojištěný léčil a z jakého důvodu, pro jakou DG?

Byla zesnulému **k výše uvedenému datu počátku pojištění** nebo v období 5-ti let před počátkem pojištění, přiznána plná nebo částečná invalidita? Pokud ANO uveďte DG, která vedla k přiznání invalidity a datum od - do.

### B. Jiné sdělení lékaře

Potvrzují, že údaje v lékařské zprávě se týkají zesnulého pojištěného uvedeného v oddíle I. tohoto formuláře.

Forma proplacení honoráře za vyplnění tiskopisu

- na základě vystavené faktury  
 placeno klientem  
 na základě smluvního vztahu s pojišťovnou

Pro správné umístění platby proveďte identifikaci čitelně.

Kód lékaře přidělený pojišťovnou (pokud je Vám znám)	IČ (pokud existuje)
V	Dne

.....  
Razítko a podpis lékaře