

HLÁŠENÍ ŠKODNÍ UDÁLOSTI PRO PŘÍPAD ÚMRTÍ

Číslo události (vyplní 4Life Direct)

Veškeré dopisy, dotazy a stížnosti týkající se pojistných smluv je potřeba zaslat pojistiteli na adresu Pobřežní 394/12, 186 00 Praha 8. Komunikaci ohledně stížností a žádostí mezi oběma stranami lze vést písemně, ústně nebo v elektronické podobě. Ve všech případech je osoba povinna uvést číslo pojistné smlouvy nebo jiné údaje identifikující pojistnou smlouvu, které se žádost týká. Písemná odpověď bude zaslána nejpozději do 30 (třiceti) dnů od doručení stížnosti/požadavku. Pokud nebude pojistitel schopen zaslat odpověď v uvedeném lhůtě, bude pojištěný informován společností 4Life Direct o důvodech zpoždění reakce a rovněž o předpokládaném termínu odpovědi, a to nejpozději ve lhůtě 60 (šedesáti) dnů od obdržení stížnosti.

VŠEOBECNÉ INFORMACE

1. Vyplňte, prosím, tiskopis HŮLKOVÝM PÍSMEM.
2. Odpovězte, prosím, na všechny dotazy.
3. Zášlete, prosím, vyplněný tiskopis s úředně ověřeným podpisem obmyšlené osoby na následující adresu:

4Life Direct Insurance Services s.r.o., odštěpný závod
Pobřežní 394/12
186 00 Praha 8

Pojišťovatel a společnost 4Life Direct neproplácí náklady spojené s opatřením požadované dokumentace potřebné pro účely likvidace škodní události.

SEZNAM POTŘEBNÝCH DOKUMENTŮ

- ☐ Kompletně vyplněný tiskopis „Hlášení škodní události pro případ úmrtí“ s úředně ověřeným podpisem totožnosti každé obmyšlené osoby.
- ☐ Kopie občanského průkazu každé obmyšlené osoby
- ☐ Lékařem potvrzená příčina úmrtí (např. lékařská zpráva, propouštěcí zpráva, List o prohlídce zemřelého: část A, list 1, pitevní protokol).
- ☐ Úmrtní list nebo List o prohlídce zemřelého - část B2

Pokud byla důvodem úmrtí nehoda, připojte, prosím, také následující dokumenty:

- ☐ Vyplněný tiskopis – Prohlášení lékaře
- ☐ Kopie lékařských zpráv vyhotovených po nehodě.
- ☐ Kopie zápisu zaměstnavatele/ inspektorátu práce v případě smrtelného pracovního úrazu..
- ☐ Kopie policejní zprávy o ukončení vyšetřování, pokud byly okolnosti úmrtí vyšetřované policií.

* Pojišťovatel a společnost 4Life Direct si vyhrazují právo prošetřit nahlášenou škodní událost a zúžit nebo rozšířit rozsah potřebných dokumentů.

UPOZORNĚNÍ: Bez doložení požadované dokumentace nebude škodní událost prošetřena.

1. OSOBNÍ ÚDAJE POJIŠTĚNÉHO (ZESNULÉHO)

Číslo smlouvy: _____

Jméno a příjmení: _____

Datum narození: ____ - ____ - ____ Rodné číslo: _____

2. OSOBNÍ ÚDAJE OBMYŠLENÉ OSOBY, KTERÁ SI UPLATŇUJE NÁROK NA POJISTNÉ PLNĚNÍ

Jméno a příjmení: _____

Vztah k zesnulé osobě: _____

Datum narození: ____ - ____ - ____ Rodné číslo: _____

Telefon: _____ Email: _____

ADRESA TRVALÉHO BYDLIŠTĚ

Ulice a číslo popisné: _____

Obec: _____ PSČ: _____

DORUČOVACÍ ADRESA (POKUD JE JINÁ NEŽ ADRESA TRVALÉHO BYDLIŠTĚ)

Ulice a číslo popisné: _____

Obec: _____ PSČ: _____

* V případě, že je v pojistné smlouvě určeno víc obmyšlených osob, vyplňte prosím také tiskopis „Hlášení škodní události pro případ úmrtí – další obmyšlená osoba“.

3. OSOBNÍ ÚDAJE OZNAMOVATELE (VYPLŇTE V PŘÍPADĚ, POKUD SE LIŠÍ OD ÚDAJŮ OBMYŠLENÉ OSOBY UVEDENÉ VÝŠE)

Jméno a příjmení: _____

DORUČOVACÍ ADRESA (POKUD JE JINÁ NEŽ ADRESA TRVALÉHO BYDLIŠTĚ)

Ulice a číslo popisné: _____

Obec: _____ PSČ: _____

4. INFORMACE O ÚMRTÍ POJIŠTĚNÉHO (ZESNULÉHO)

Datum úmrtí: ____ - ____ - ____ Datum nehody: ____ - ____ - ____

Místo úmrtí (nemocnice, doma, atd.): _____

Adresa místa úmrtí: _____

DŮVOD ÚMRTÍ (PROSÍM, UVEĎTE JAKÉ DŮVODY VEDLI K ÚMRTÍ)

5. INFORMACE O ORGÁNECH VYKONÁVAJÍCÍCH VYŠETŘENÍ V SOUVISLOSTI S ÚMRTÍM (V PŘÍPADĚ NEHODY)

V případě, že v souvislosti s úmrtím vykonávala šetření policie nebo jiný kompetentní orgán, uveďte, prosím, také kontakt na tuto instituci.

6. KONTAKT NA LÉKAŘE, U KTERÉHO MĚLA POJIŠTĚNÁ OSOBA VEDENOU ZDRAVOTNÍ DOKUMENTACI

Jméno/název instituce: _____

Ulice a číslo popisné: _____

Obec: _____ PSČ: _____

Telefon: _____ Email: _____

7. VYPLACENÍ POJISTNÉHO PLNĚNÍ

Převod na bankovní účet	Jste vlastníkem účtu?	Předčísloví účtu	Číslo účtu	Kód banky
	☐ ANO ☐ NE	_____	_____	_____

Jméno a příjmení majitele účtu	_____
-----------------------------------	-------

Název banky: _____

8. PODPIS

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

Vaše osobní údaje jsou zpracovávány pojistitelem a společností 4Life Direct v souladu s nařízením Evropského parlamentu a Rady (EU) 2016/679 ze dne 27. dubna 2016 o ochraně fyzických osob v souvislosti se zpracováním osobních údajů a o volném pohybu těchto údajů (dále jen „GDPR“) a dalšími platnými právními předpisy České republiky. Vaše osobní údaje v rozsahu jméno a příjmení, trvalý pobyt, místo přechodného pobytu, rodné číslo, pokud je přiděleno, datum narození, místo a obvod narození, státní příslušnost, druh a číslo dokladu totožnosti, kontaktní telefonní číslo, faxové číslo a e-mailové adresy jsou zpracovávány pro účely vyhodnocení pojistných událostí, což je nezbytné pro splnění pojistné smlouvy a pro dodržení zákonných povinností pojistitele a společnosti 4Life Direct podle příslušných zákonů o pojišťovnictví a distribuci pojištění. Vaše osobní údaje jsou zpracovávány po dobu vyhodnocení pojistné události a následně uchovávány po dobu stanovenou příslušnými právními předpisy. Další informace o zpracování Vašich osobních údajů naleznete na internetových stránkách www.4lifedirect.cz.

Potvrzuji, že nejsem politicky exponovaná osoba ve smyslu § 4 odst. 5 zákona č. 253/2008 Sb., O některých opatřeních proti legalizaci výnosů z trestné činnosti a financování terorismu.

		
Místo	Datum	Úředně ověřený podpis obmyšlené osoby

