



oznámenie poistnej udalosti

oslobodenie od platenia poistného v prípade invalidity

číslo návrhu zmluvy / poistnej zmluvy

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Až do priznania poistného plnenia poisťovateľom je poistník povinný platiť poistné.

A. Z dôvodu úrazu

B. Z dôvodu choroby

Kód zdravotnej poisťovne

Poistník												Kód zdravotnej poisťovne									
Príezvisko						Meno, titul pred menom						Rodné číslo									
Adresa (ulica, číslo, obec / mesto)								PSČ		Telefón											
Zamestnanie, odbor																					
Adresa zamestnávateľa												Telefón do zamestnania									

A. Úraz

Dátum úrazu		Čas úrazu		Miesto úrazu											
Príčina úrazu															
Popis okolností, za ktorých došlo k úrazu															
Bola udalosť vyšetrovaná (orgánmi polície a pod.)?				<input type="checkbox"/> Áno <input type="checkbox"/> Nie		Názov a adresa vyšetrujúceho orgánu									
Mená a adresy svedkov udalosti (príp. aj telefónne čísla)															
Meno lekára a adresa zariadenia, kde vám bolo poskytnuté prvé ošetrenie										Dátum prvého ošetrenia		Hodina			
Meno lekára a adresa zariadenia, kde ste sa ďalej liečili															

B. Choroba

O aké ochorenie ide										Kedy ste sa na toto ochorenie začali liečiť (dátum)					
Meno lekára a adresa zariadenia, kde ste sa liečili															

Prehlásenie

Prehlasujem, že som pravdivo odpovedal(a) na všetky otázky. Som si vedomý(á) dôsledkov nesprávnych odpovedí pre priznanie poistného plnenia. **Súhlasím, aby si AXA životní poisťovňa a.s., organizačná zložka Slovensko vyžiadala všetku potrebnú dokumentáciu.**

Podpisy

Dátum podpisu				Miesto						Podpis poistníka					

Priložte kópiu právoplatného rozhodnutia zo Sociálnej poisťovne.

Korešpondenčná adresa: AXA životní poisťovňa a.s., organizačná zložka Slovensko, Laurinská 18, 812 55 Bratislava, Slovensko
Sídlo spoločnosti: AXA životní poisťovňa a.s., organizačná zložka Slovensko, Laurinská 18, 811 01 Bratislava, Slovensko
Infolinka: 0850 11 11 22, Fax: +421 2 5949 1112, E-mail: info.zp@axa-sk.com, www.axa-sk.com
IČO: 35 968 079, spoločnosť zapísaná v Obchodnom registri Okresného súdu Bratislava I, oddiel Po, vložka č. 1327/B



Vyplní lekár, ktorý pripravil podklady pre priznanie invalidného dôchodku

Náklady na vyplnenie tohto formulára budú uhradené poisťovňou do výšky 9,96 (300,05 Sk)[€] v prípade uznania nároku na oslobodenie

A. Úraz

Dátum úrazu		Miesto úrazu	Diagnóza - kód
Meno lekára a adresa zariadenia, kde vám bolo poskytnuté prvé ošetrenie		Dátum prvého ošetrenia	Hodina
Diagnóza - podrobný popis všetkých telesných poškodení spôsobených úrazom			
Bol poranený orgán už pred úrazom funkčne poškodený?		V akom rozsahu?	
<input type="checkbox"/> Áno <input type="checkbox"/> Nie			
Dátum RTG		Popis RTG	
Práceschopnosť	Od	Do	Hospitalizácia
			Od
			Do
Priebeh a spôsob liečenia - podrobne popíšte			

B. Choroba

Dátum začiatku choroby		Diagnóza - kód
Príčina choroby		
Diagnóza		
Práceschopnosť	Od	Do
		Hospitalizácia
		Od
		Do
Priebeh a spôsob liečenia - podrobne popíšte		

Iné lekárske oznámenia

Predchádzajúce vážne ochorenia (začiatok, príčina a Dg. a pod.)			
Dátum priznania invalidity Sociálnou poisťovňou		Dátum ďalšieho prešetrenia	

V prípade, že vám nestačí formulár, priložte, prosím, podpísanú prílohu s uvedením čísla zmluvy. Počet príloh

Prehlásenie

Potvrdzujem, že údaje v lekárskej správe sa týkajú osoby uvedenej na prvej strane formulára.

Podpisy

Dátum podpisu	Miesto	Adresa a telefón ošetrujúceho lekára	Otlačok pečiatky a podpis ošetrujúceho lekára