

Oznámenie poistnej udalosti

Úmrtie

k návrhu zmluvy / poistnej zmluvy číslo

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

Poistená osoba

Kod zdravotnej poistovne

Priezvisko	Meno, titul pred menom	Rodné číslo																	
Adresa (ulica, číslo, obec / mesto)		PSČ	Telefón																
Zamestnanie, odbor																			
Adresa zamestnávateľa																	Telefón do zamestnania		

Úmrtie (Priložte úradne overenú kópiu úmrtného listu a zadnú stranu predložte na vyplnenie lekárovi)

Dátum úmrtia																				Miesto úmrtia	Príčina úmrtia									
Popis okolností, za ktorých došlo k úmrtiu																														
Bola udalosť vyšetrowaná (orgánmi polície a pod.)?										<input type="checkbox"/> Áno <input type="checkbox"/> Nie		Názov a adresa vyšetrujúceho orgánu																		
Mená a adresy svedkov (príp. aj ich tel. čísla)																														
Pokiaľ bolo poskytnuté lekárske ošetrovanie, uveďte meno lekára a adresu zariadenia																														

Osoba uplatňujúca si nárok na plnenie

Poistená osoba Oprávnená osoba Zákonný zástupca

Totožnosť osoby uplatňujúcej si nárok na poistné plnenie musí byť úradne overená!

Priezvisko	Meno, titul pred menom	Rodné číslo																		
Adresa (ulica, číslo, obec / mesto)		PSČ	Telefón																	

Poistné plnenie

Poistné plnenie poukážite na účet číslo	Kód banky	Špecifický symbol (napr. číslo sporozíra...)
Ak nemáte účet, uveďte adresu, na ktorú má byť poistné plnenie zaslané		

Prehlásenie

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

Podpisy

Dátum podpisu	Miesto	Podpis osoby uplatňujúcej si nárok na poistné plnenie

09/2008
778/41



Správa lekára o úmrtí

Všetky náklady za vyplnenie správy hradí pozostalý

Údaje o úmrtí

Dátum úmrtia	<input type="text"/>	Čas úmrtia	Miesto úmrtia
--------------	----------------------	------------	---------------

Meno a adresa lekára alebo zdravotníckeho zariadenia, ktoré vykonalo prehliadku mŕtveho tela

Príčina úmrtia

Dátum úmrtia

Bola vykonaná pitva?

Áno Nie

Popis okolností, za ktorých došlo k úmrtiu

Došlo k úmrtiu pod vplyvom alkoholu alebo omamných látok?

Áno Nie

Druh omamnej látky

% alkoholu v krvi

Bolo príčinou úmrtia úmyselné samopoškodenie?

Áno Nie

Bola udalosť vyšetrovaná (orgánmi polície a pod.)? Áno Nie

Názov a adresa vyšetrojúceho orgánu

Iné údaje od lekára

Predchádzajúci úraz / choroba	Začiatok	Príčina	Dg.	Vyliečené?
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Áno <input type="checkbox"/> Nie
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Áno <input type="checkbox"/> Nie
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Áno <input type="checkbox"/> Nie
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Áno <input type="checkbox"/> Nie
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Áno <input type="checkbox"/> Nie
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Áno <input type="checkbox"/> Nie
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Áno <input type="checkbox"/> Nie

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 ošetrojúceho lekára

Otlačok pečiatky a podpis ošetrojúceho lekára