



Úmrtie

oznámenie poistnej udalosti

číslo návrhu zmluvy / poistnej zmluvy

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

Poistená osoba

Kod zdravotnej poisťovne

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 vyšetrovaná (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

Tožnosť 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., pobočka poisťovne z iného členského štátu vyžiadala všetku potrebnú dokumentáciu.**

Podpisy

Dátum podpisu	Miesto	Podpis osoby uplatňujúcej si nárok na poistné plnenie

778/41 10/2010



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	<input type="text"/>	Bola vykonaná pitva?	<input type="checkbox"/> Áno	<input type="checkbox"/> Nie	
Popis okolností, za ktorých došlo k úmrtiu					
Došlo k úmrtiu pod vplyvom alkoholu alebo omamných látok?	<input type="checkbox"/> Áno	<input type="checkbox"/> Nie	Druh omamnej látky	%o alkoholu v krvi	
Bolo príčinou úmrtia úmyselné samopoškodenie?	<input type="checkbox"/> Áno	<input type="checkbox"/> Nie	Bola udalosť vyšetrovaná (orgánmi polície a pod.)?	<input type="checkbox"/> Áno	<input type="checkbox"/> 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
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>