



viac ako / štandard

Oznámenie poisťnej udalosti /

Úmrtie

číslo návrhu zmluvy/poisťnej zmluvy

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

Poistený/Poistník (osoba, na ktorú sa vzťahuje poisťná udalosť)

Kód zdravotnej poisťovne												
Priezvisko, meno, titul							Rodné číslo					
Adresa trvalého pobytu (ulica, číslo, mesto/obec)										PSČ		
Zamestnanie							Odbor činnosti					
Názov a 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				
Priezviská, mená a adresy svedkov (príp. telefónne čísla)										
Pokiaľ bolo poskytnuté lekárske ošetrenie, uveďte priezvisko, meno lekára a adresu zariadenia										

Osoba uplatňujúca si nárok na plnenie

Identifikácia osoby uplatňujúcej si nárok na poisťné plnenie musí byť overená zamestnancom kontaktného miesta AXA alebo finančným sprostredkovateľom AXA. Oprávnená osoba Zákonný zástupca

Priezvisko, meno, titul/Názov							Rodné číslo/IČO					
Adresa trvalého pobytu/Sídlo (ulica, číslo, mesto/obec)							PSČ	Telefón				
Doklad totožnosti	<input type="checkbox"/> OP/ID <input type="checkbox"/> Pas	Číslo dokladu totožnosti					Štátna príslušnosť					

Poisťné plnenie

Poisťné plnenie poukážte na bankový účet číslo — /

Pokiaľ nemáte účet, poisťné plnenie vám bude zaslané na vyššie uvedenú adresu trvalého pobytu.

Podpisy a vyhlásenia

Vyhlasujem, že som všetky otázky pravdivo zodpovedal(a). Som si vedomý(á) dôsledkov nesprávnych odpovedí pre priznanie poisťného plnenia. **Súhlasím, aby si AXA životní poisťovňa a.s., pobočka poisťovne z iného členského štátu vyžiadala všetku potrebnú dokumentáciu.**

Zamestnanec kontaktného miesta AXA/finančný sprostredkovateľ svojím podpisom potvrdzuje, že vykonal identifikáciu a overenie identifikácie osoby uplatňujúcej si nárok na poisťné plnenie, vrátane overenia zhody jej podoby s vyobrazením v doklade totožnosti, v súlade so zákonom č. 297/2008 Z. z. o ochrane pred legalizáciou príjmov z trestnej činnosti a o ochrane pred financovaním terorizmu a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov.

Dátum podpisu	Podpis finančného sprostredkovateľa (FS)	Podpis osoby uplatňujúcej si nárok na poisťné plnenie
Miesto	Priezvisko, meno FS: Číslo FS:	

778/41 12/2011



číslo návrhu zmluvy/poistnej zmluvy

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

Správa lekára /

Úmrtie

Všetky náklady za vyplnenie správy hradí osoba uplatňujúca si nárok na plnenie.

Údaje o úmrtí

Dátum úmrtia										Miesto úmrtia	Čas úmrtia
Priezvisko, meno a adresa lekára alebo zdravotníckeho zariadenia, ktoré vykonalo prehliadku mŕtveho tela											
Príčina úmrtia											
Dátum úmrtia										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 vyšetovaná (orgánmi polície a pod.)?			<input type="checkbox"/> Áno <input type="checkbox"/> Nie		
Názov a adresa vyšetrujúceho orgánu											

Iné lekárske oznámenia

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

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

Počet príloh

--	--

Podpisy a vyhlásenia

Potvrdzujem, že údaje v Správe lekára sa týkajú osoby uvedenej na prvej strane formulára.

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