



oznámení pojistné události – úmrtí



číslo

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

Pojištěná osoba

Příjmení, jméno a titul

Rodné číslo

Kód zdravotní pojišťovny

Poslední adresa (ulice, číslo, obec, PSČ)

Poslední vykonávané povolání

Adresa zaměstnavatele

Úmrtí*

Datum a místo úmrtí

Příčina úmrtí

Popis okolností, za kterých došlo k úmrtí

Byla událost šetřena (orgány policie apod.)?

ano

ne

Název a adresa vyšetřujícího orgánu

Jména a adresy svědků (popř. i telefony)

Pokud bylo poskytnuto lékařské ošetření, uveďte jméno lékaře a adresu zařízení

Osoba uplatňující nárok na plnění

Oprávněná osoba

Zákonný zástupce

Příjmení, jméno a titul

Rodné číslo

Adresa (ulice, číslo, obec, PSČ)

Telefon domů / do zaměstnání

Pojistné plnění

Pojistné plnění poukážte na účet číslo

Kód banky

Specifický symbol (např. číslo sporožira...)

Pokud nemáte účet, uveďte adresu, na niž má být pojistné plnění zasláno

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem všechny dotazy pravdivě zodpověděl(a). Jsem si vědom(a) důsledků nesprávných odpovědí pro přiznání pojistného plnění.

Souhlasím, aby si AXA životní pojišťovna a.s. vyžádala veškerou potřebnou dokumentaci.

V

Dne

Podpis osoby uplatňující nárok na pojistné plnění

Totožnost osoby uplatňující nárok na pojistné plnění musí být úředně ověřena!

***) Přiložte úředně ověřenou kopii úmrtího listu a zadní stranu předložte k vyplnění lékaři.**

06/2009
1.L.10.07

Kontaktní adresa: AXA životní pojišťovna a.s., Úzká 8/488, 602 00 Brno, Česká republika
Sídlo společnosti: AXA životní pojišťovna a.s., Lazarská 13/8, 120 00 Praha 2, Česká republika
AXA linka 14 292, volání ze zahraničí +420 292 292 292, fax +420 225 021 200, www.axa.cz
IČ 61 85 95 24, společnost je zapsána v obchodním rejstříku vedeném Městským soudem v Praze, oddíl B, vložka 2831





zpráva lékaře o úmrtí

Údaje o úmrtí

Datum, čas a místo úmrtí

Jméno a adresa lékaře či zdravotnického zařízení, které provedlo ohledání zemřelého

Příčina úmrtí

Datum úrazu, popř. počátek nemoci vedoucí k úmrtí

Byla provedena pitva?

ano ne

Popis okolností, za kterých došlo k úmrtí

Došlo k úmrtí pod vlivem alkoholu nebo omamných látek?

ano ne

Druh omamné látky

‰ alkoholu v krvi

Bylo příčinou úmrtí úmyslné sebepoškození?

ano ne

Byla událost šetřena (orgány policie apod.)?

ano ne

Název a adresa vyšetřujícího orgánu

Jiná sdělení lékaře

	Předchozí úraz / onemocnění	Počátek	Příčina	Dg.	Vyléčeno?
1.					<input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne
2.					<input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne
3.					<input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne
4.					<input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne
5.					<input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne
6.					<input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne
7.					<input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne

Prohlášení

Potvrzuji, že údaje v lékařské zprávě se týkají osoby uvedené na první straně formuláře.

V

Dne

Razítko, podpis, adresa a telefon ošetřujícího lékaře

Úhrada za vyplnění zprávy

Veškeré náklady hradí pozůstalý.

Poznámka

V případě potřeby uveďte u jednotlivých bodů podrobnější údaje na zvláštní list.