



Oznámení pojistné události - zproštění od placení pojistného



Číslo smlouvy

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

Upozornění: Až do přiznání pojistného plnění pojistitelem je pojistník povinen hradit pojistné.

<input type="checkbox"/> A. z důvodu úrazu	<input type="checkbox"/> B. z důvodu nemoci	Číslo pojistné smlouvy (smluv)
---	--	--------------------------------

Pojistník

Příjmení, jméno a titul	Rodné číslo	Kód zdravotní pojišťovny
Adresa (ulice, číslo, obec, PSČ)	Telefon domů / do zaměstnání	
Povolání	Adresa zaměstnavatele	

A. úraz

Datum a místo úrazu	
Příčina úrazu	
Popis okolností, za kterých došlo k úrazu	
Byla událost šetřena (orgány policie apod.)? <input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne	Název a adresa vyšetřujícího orgánu
Jména a adresy svědků události (popř. i telefony)	
Jméno lékaře a adresa zařízení, které poskytlo první ošetření	Datum a hodina prvního ošetření
Jméno lékaře a adresa zařízení, kde jste se dále léčil	

B. nemoc

O jaké onemocnění se jedná
Kdy jste se s tímto onemocněním začal léčit (datum)?
Jméno lékaře a adresa zařízení, kde jste se léčil

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 pojistníka
---	-----	-------------------

Přílože kopii rozhodnutí České správy sociálního zabezpečení o přiznání plného invalidního důchodu!

1.L.10.15 05/2009



