



ČÍSLO POISTNEJ ZMLUVY/  
NÁVRHU POISTNEJ ZMLUVY

Vyplnený formulár oznámenia poistnej udalosti zašlite na našu korešpondenčnú adresu. **K formuláru priložte kópiu lekárskej správy (správy posudkového lekára o priznaní invalidity) a kópiu právoplatného rozhodnutia Sociálnej poisťovne o priznaní invalidity/invalidného dôchodku.**  
Až do uznania nároku na oslobodenie od platenia bežného poistného poisťiteľom je poisťník povinný platiť poistné.

**A. Z dôvodu úrazu**     **B. Z dôvodu choroby**

**POISTENÝ (OSOBA, KTOREJ BOLA PRIZNANÁ INVALIDITA)**

Priezvisko, meno, titul		Rodné číslo	
Adresa trvalého pobytu (ulica, číslo, mesto/obec, PSČ)		Dátum narodenia	
Doklad totožnosti	<input type="checkbox"/> OP/ID <input type="checkbox"/> Pas <input type="checkbox"/> Rodný list <sup>1)</sup>	Číslo dokladu totožnosti	Štátna príslušnosť
		Telefón	

**A. ÚRAZ**

Dátum úrazu	Čas úrazu	Miesto úrazu
Príčina úrazu		
Popis okolností, za ktorých došlo k úrazu		
Popis poranenia		
Bola udalosť vyšetrovaná (orgánmi polície a pod.)?	<input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Áno	Názov a adresa vyšetrujúceho orgánu

**B. CHOROBA**

O aké ochorenie ide?
Priezvisko, meno lekára a adresa zariadenia, kde ste sa liečili
Liečba prebiehala v čase    Od    Do

**POISTNÉ PLNENIE**

Poistné plnenie poukážte na bankový účet číslo (IBAN)	<input type="text"/>	Pokiaľ nemáte účet, poistné plnenie vám bude zaslané na vyššie uvedenú adresu trvalého pobytu.
---	----------------------	--

<sup>1)</sup> V prípade rodného listu sa číslo dokladu nevyplňa. Rodný list môže nahradiť doklad totožnosti len v prípade maloletého poisteného.



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

## IDENTIFIKÁCIA ZÁSTUPCU POISTENÉHO

Priezvisko, meno, titul												<input type="checkbox"/> Muž		<input type="checkbox"/> Žena			
Adresa trvalého pobytu (ulica, číslo, mesto/obec, PSČ)																	
Dátum narodenia				Rodné číslo				Štátna príslušnosť									
Doklad totožnosti		<input type="checkbox"/> OP/ID		<input type="checkbox"/> Pas		Číslo dokladu totožnosti											
Doklad o oprávnení zastupovať/konať <sup>2)</sup>		Číslo dokladu						Druh dokladu									

## PODPISY, PRÍLOHY A VYHLÁSENIA

Poistený/zástupca poisteného/žiadateľ o poistné plnenie vyhlasuje, že na všetky otázky odpovedal pravdivo a je si vedomý/á dôsledkov nesprávnych odpovedí pre priznanie poistného plnenia. **Poistený/zástupca poisteného/žiadateľ o poistné plnenie súhlasí, aby si AXA životní pojišťovna a. s., pobočka poisťovne z iného členského štátu vyžiadala všetku potrebnú dokumentáciu.**

Zástupca poisteného/žiadateľ o poistné plnenie udeľuje týmto poisťiteľovi súhlas na spracovanie osobných údajov na účely plnenia zmluvných a zákonných práv a povinností poisťiteľa na dobu nevyhnutne potrebnú na zabezpečenie práv a povinností vyplývajúcich z poistnej zmluvy a na dobu vyplývajúcu zo všeobecne záväzných právnych predpisov. Zároveň udeľuje súhlas s vykonávaním cezhraničného prenosu poskytnutých osobných údajov do členských štátov Európskej únie a tiež do tretích krajín.

Finančný sprostredkovateľ svojím podpisom potvrdzuje, že vykonal identifikáciu poisteného/zástupcu poisteného, vrátane overenia identifikácie (overenie údajov a zhody ich podoby s vyobrazením v doklade totožnosti). Podpis finančného sprostredkovateľa nie je potrebný, ak identifikácia a overenie identifikácie poisteného/zástupcu poisteného už boli vykonané pri inom úkone.

Dátum podpisu				Miesto podpisu										Počet príloh	
<b>PODPIS POISTENÉHO/ZÁSTUPCU POISTENÉHO</b>				<b>ZA POISTENÉHO PODPISUJE</b> <input type="checkbox"/> Zákonný zástupca (priložte rodný list, ak ste ho doposiaľ poisťiteľovi neposkytli) <input type="checkbox"/> Splnomocnený zástupca (priložte plnú moc) <input type="checkbox"/> Ustanovený zástupca (priložte rozhodnutie súdu)										<b>PODPIS FINANČNÉHO SPROSTREDKOVATEĽA</b>	

**Poisťiteľ je oprávnený požadovať úradné overenie podpisu (na notárskom úrade/matričnom úrade) na tomto formulári.**

### ÚRADNÉ OVERENIE PODPISU

<sup>2)</sup> Ak ide o rodiča maloletého poisteného, nie je potrebné vyplniť. Druh dokladu o oprávnení zastupovať/konať môže byť napr. uznesenie o osvojení maloletého.

ČÍSLO POISTNEJ ZMLUVY/  
NÁVRHU POISTNEJ ZMLUVY

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

## VYPLNÍ LEKÁR, KTORÝ PRIPRAVIL PODKLADY PRE PRIZNANIE INVALIDNÉHO DÔCHODKU.

Náklady na vyplnenie tejto Správy lekára budú uhradené poisťiteľom do výšky 10 € v prípade uznania nároku na poistné plnenie. Za vyplnenie tejto správy uhradte lekárovi ním požadovanú sumu (podľa § 38 ods. 11 zákona č. 577/2004 Z. z. o rozsahu zdravotnej starostlivosti uhrádzanej na základe verejného zdravotného poistenia a o úhradách za služby súvisiace s poskytovaním zdravotnej starostlivosti, ide o službu súvisiacu s poskytovaním zdravotnej starostlivosti poskytnutú na Vašu žiadosť) a originál dokladu o zaplatení predložte poisťiteľovi.

## POISTENÝ (OSOBA, KTOREJ BOLA PRIZNANÁ INVALIDITA)

Priezvisko, meno, titul	Rodné číslo
-------------------------	-------------

## A. ÚRAZ, V DÔSLEDKU KTORÉHO BOLA PRIZNANÁ INVALIDITA

Dátum úrazu	Miesto úrazu	Diagnóza - kód
-------------	--------------	----------------

Priezvisko, meno lekára a adresa zariadenia, kde bolo poskytnuté prvé ošetrenie	Dátum prvého ošetrenia	Čas
---	------------------------	-----

Diagnóza - **podrobný popis** všetkých telesných poškodení spôsobených úrazomBol poranený orgán už pred úrazom funkčne poškodený?  Nie  Áno V akom rozsahu?

Dátum RTG	Popis RTG
-----------	-----------

Práceschopnosť Od	Do	Hospitalizácia Od	Do
-------------------	----	-------------------	----

Priebeh a spôsob liečenia - **podrobne popíšte**

## B. CHOROBA, V DÔSLEDKU KTORÉHO BOLA PRIZNANÁ INVALIDITA

Dátum diagnostikovania choroby	Diagnóza
--------------------------------	----------

Diagnóza - kód
----------------

Príčina choroby
-----------------

Práceschopnosť Od	Do	Hospitalizácia Od	Do
-------------------	----	-------------------	----

Priebeh a spôsob liečenia - **podrobne popíšte**

## INÉ LEKÁRSKE OZNÁMENIA

Predchádzajúce ochorenie	Začiatok	Príčina	Diagnóza	Vyliečené
				<input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Áno
				<input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Áno
				<input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Áno
Dátum priznania invalidity Sociálnou poisťovňou		Dátum ďalšieho prešetrenia		

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

## PODPISY, PRÍLOHY A VYHLÁSENIA

Potvrdzujem, že údaje v Správe lekára sa týkajú osoby uvedenej na prvej strane formulára ako „poistený“ a že som túto správu vypracoval/a na základe zdravotnej dokumentácie vystavenej zdravotníckym zariadením uvedeným nižšie.

Dátum podpisu	Miesto podpisu
---------------	----------------

Telefón lekára	Počet príloh
----------------	--------------

MENO A ADRESA LEKÁRA/  
ZDRAVOTNÍCKEHO  
ZARIADENIA

PEČIATKA A PODPIS LEKÁRA