



ČÍSLO POISTNEJ ZMLUVY/
NÁVRHU POISTNEJ ZMLUVY

Vyplnený formulár oznámenia poistnej udalosti zašlite na našu korešpondenčnú adresu. **K formuláru priložte úradne overenú kópiu úmrtného listu, kópiu listu o prehládke mŕtveho, príp. kópiu policajného protokolu a správy o zvere vyšetovania, pokiaľ bola príčina vzniku poistnej udalosti vyšetovaná políciou.** Náklady na vyplnenie tohto formulára znáša žiadateľ o poistné plnenie.

POISTNÍK/POISTENÝ (OSOBA, NA KTORÚ SA VZŤAHUJE POISTNÁ UDALOSŤ)

Priezvisko, meno, titul	Rodné číslo
Rodné priezvisko	
Adresa trvalého pobytu (ulica, číslo, mesto/obec, PSC)	Dátum narodenia

ŽIADATEĽ O POISTNÉ PLNENIE

Identifikácia žiadateľa o poistné plnenie musí byť overená zamestnancom kontaktného miesta AXA alebo finančným sprostredkovateľom AXA. Podpis žiadateľa o poistné plnenie musí byť vždy úradne overený.

Priezvisko, meno, titul/Názov	Rodné číslo/ICO
Adresa trvalého pobytu/Sídlo (ulica, číslo, mesto/obec, PSC, P. O. BOX) ¹⁾	Dátum narodenia
Miesto narodenia	
Doklad totožnosti <input type="checkbox"/> OP/ID <input type="checkbox"/> Pas <input type="checkbox"/> Rodný list ²⁾	Číslo dokladu totožnosti
	Štátna príslušnosť
	Telefón

Ak si nárok na plnenie uplatňuje právnická osoba alebo SZČO, vyplňte aj údaje nižšie:

Označenie úradnej evidencie/úradného registra ³⁾	DIČ	Kód štátu ⁴⁾
Adresa miesta podnikania (ulica, číslo, mesto/obec, PSC)		

ÚDAJE O ÚMRTÍ

Dátum úmrtia	Miesto úmrtia	Príčina úmrtia
Popis okolností, za ktorých došlo k úmrtiu		
Bola udalosť vyšetovaná (orgánmi polície a pod.)? <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Áno		
Názov a adresa vyšetrujúceho orgánu		
Priezviská, mená a adresy svedkov udalosti (príp. telefónne čísla)		
Pokiaľ bolo poskytnuté lekárske ošetrovanie, uveďte priezvisko, meno lekára a adresu zariadenia		

POISTNÉ PLNENIE

Poistné plnenie poukážte na bankový účet číslo (IBAN) Pokiaľ nemáte účet, poistné plnenie vám bude zaslané na vyššie uvedenú adresu trvalého pobytu.

¹⁾ V prípade, že je zriadený poštový priechod P. O. BOX, uveďte jeho číslo.
²⁾ V prípade rodného listu sa číslo dokladu nevyplní. Rodný list môže nahradiť doklad totožnosti len v prípade maloletého žiadateľa o poistné plnenie.
³⁾ Označenie evidencie/registra môže byť napr. obchodný register, živnostenský register.
⁴⁾ Kód štátu, ktorý daňové identifikačné číslo (DIČ) vydal.



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

IDENTIFIKÁCIA ZÁSTUPCU ŽIADATEĽA O POISTNÉ PLNENIE

Identifikácia zástupcu žiadateľa o poistné plnenie musí byť overená zamestnancom kontaktného miesta AXA alebo finančným sprostredkovateľom AXA. Podpis zástupcu žiadateľa o poistné plnenie musí byť vždy úradne overený.

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				Telefón				
Doklad totožnosti		<input type="checkbox"/> OP/ID	<input type="checkbox"/> Pas	Číslo dokladu totožnosti			Miesto narodenia				
Doklad o oprávnení zastupovať/konať ⁵⁾		Číslo dokladu			Druh dokladu						
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				Telefón				
Doklad totožnosti		<input type="checkbox"/> OP/ID	<input type="checkbox"/> Pas	Číslo dokladu totožnosti			Miesto narodenia				
Doklad o oprávnení zastupovať/konať ⁵⁾		Číslo dokladu			Druh dokladu						
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				Telefón				
Doklad totožnosti		<input type="checkbox"/> OP/ID	<input type="checkbox"/> Pas	Číslo dokladu totožnosti			Miesto narodenia				
Doklad o oprávnení zastupovať/konať ⁵⁾		Číslo dokladu			Druh dokladu						

PODPISY, PRÍLOHY A VYHLÁSENIA

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

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 žiadateľa o poistné plnenie/zástupcu žiadateľa o poistné plnenie, 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 žiadateľa o poistné plnenie/zástupcu žiadateľa o poistné plnenie už boli vykonané pri inom úkone.

Dátum podpisu			Miesto podpisu						Počet príloh		
PODPIS ŽIADATEĽA O POISTNÉ PLNENIE			ZA ŽIADATEĽA O POISTNÉ PLNENIE PODPISUJE						PODPIS FINANČNÉHO SPROSTREDKOVATEĽA		
			<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)								
			<input type="checkbox"/> Osoba/osoby zastupujúca/zastupujúce právnickú osobu alebo SZČO (priložte úradne overenú kópiu výpisu z úradnej evidencie/registra)								

Poisťiteľ požaduje úradné overenie podpisu žiadateľa/zástupcu žiadateľa o poistné plnenie (na notárskom úrade/matričnom úrade) na tomto formulári.

ÚRADNÉ OVERENIE PODPISU

--

⁵⁾ Ak ide o rodiča maloletého, 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, NAJLEPŠIE INFORMOVANÝ O ZDRAVOTNOM STAVE POISTNÍKA/POISTENÉHO, NA KTORÉHO SA VZŤAHUJE POISTNÁ UDALOSŤ.

Náklady na vyplnenie tejto Správy lekára znáša žiadateľ o poistné plnenie.

POISTNÍK/POISTENÝ (OSOBA, NA KTORÚ SA VZŤAHUJE POISTNÁ UDALOSŤ)

Priezvisko, meno, titul

Rodné číslo

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

ÚDAJE O ÚMRTÍ

Dátum úmrtia

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

Miesto úmrtia

Čas úmrtia

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

Bola vykonaná pitva? Nie Áno

Priezvisko, meno a adresa lekára alebo zdravotníckeho zariadenia, ktoré vykonalo prehliadku mŕtveho tela

Príčina úmrtia

Popis okolností, za ktorých došlo k úmrtiu

Došlo k úmrtiu pod vplyvom alkoholu alebo omamných látok? Nie Áno

Druh omamnej látky

% alkoholu v krvi

Bolo príčinou úmrtia úmyselné sebapoškodenie? Nie Áno

Bola udalosť vyšetrovaná (orgánmi polície a pod.)? Nie Áno

Názov a adresa vyšetrojúceho orgánu

INÉ LEKÁRSKE OZNÁMENIA

Predchádzajúce ochorenie/úraz

Začiatok

Príčina

Diagnóza

Vyliečené

Predchádzajúce ochorenie/úraz	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
				<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

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 „poistník/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