



viac ako / štandard

Oznámenie poistnej udalosti /

Úmrtie

číslo návrhu zmluvy/poistnej zmluvy

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

Poistený/Poistník (osoba, na ktorú sa vzťahuje poistná 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 vyšetrojúceho orgánu			
Priezviská, mená a adresy svedkov (príp. telefónne čísla)											
Pokiaľ bolo poskytnuté lekárske ošetrovanie, uveďte priezvisko, meno lekára a adresu zariadenia											

Osoba uplatňujúca si nárok na plnenie

Identifikácia osoby uplatňujúcej si nárok na poistné 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											

Poistné plnenie

Poistné plnenie poukážte na bankový účet číslo

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

 –

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

 /

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

Pokiaľ nemáte účet, poistné 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 poistného 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 poistné 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 poistné plnenie			
Miesto				Priezvisko, meno FS:							
				Číslo FS:							

778/41 12/2011



