

OZNÁMENIE POISTNEJ UDALOSTI - ÚMRTIE

Poistený (meno a priezvisko)

Dátum narodenia

Číslo zmluvy, ku ktorej máte uzatvorené poistenie schopnosti splácať úver

Rodné číslo

Dátum vzniku poistnej udalosti = dátum úmrtia poisteného (deň, mesiac, rok):

Stručný popis poistnej udalosti (za akých okolností k úmrtiu došlo):

Adresa ošetrojúceho (praktického) lekára (meno, adresa, telefónne spojenie):

Adresa Polície v SR alebo v zahraničí a číslo rokovacieho spisu (prosíme vyplniť v prípade, že sa jednalo o dopravnú nehodu, popr. udalosť, ktorú vyšetrovala polícia):

Adresa notára povereného vybavením pozostalostného konania (prosíme vyplniť v prípade, že notár bol už k danému riadeniu určený)

Telefónne spojenie:

Bola poistenej osobe priznaná invalidita:

 ÁNO NIE

od

 (presné dátum)

Stupeň:

Oznamovateľ poistnej udalosti (meno a priezvisko)

Vzťah k zosnulému (manžel/manželka, syn/dcéra...):

Kontaktná adresa:

Telefón

E-mail

Uvedením e-mailovej adresy súhlasím s jej použitím poisťovňou pre komunikáciu týkajúcu sa tejto škodnej udalosti.

Číslo bankového účtu pre príp. výplatu poistného plnenia:

(prosím uveďte celé číslo účtu, vrátane predčíslia a smerového kódu banky)

Tento vyplnený formulár, prosím, zašlite na adresu MAXIMA poisťovňa, a.s., spolu s nasledujúcimi dokumentmi:

- kópia Úmrtného listu poisteného
- vyplnený lekársky dotazník (formulár priložený)
- kópia Listu o prehliadke mŕtveho (s čitateľnou adresou lekára)
- kópia Pítevnnej správy (s čitateľnou adresou lekára), pokiaľ bola vykonaná súdna pitva
- kópia Uznesenia Polície SR (Protokolu Polície SR), alebo zahraničnej polície s overeným prekladom (doložiť v prípade, že sa jednalo o dopravnú nehodu, popr. inú tragickú udalosť, ktorú vyšetrovala polícia)
- kópia Prihlášky do poistenia
- prípadne ďalšie dokumenty, ktoré si poisťovňa vyžiada



Prehlasujem, že mnou uvedené informácie sú úplné a pravdivé, a že som nezamlčal/a žiadnu skutočnosť, ktorá by mohla mať vplyv na šetrenie poistnej udalosti a stanovenie výšky poistného plnenia. Potvrdzujem, že som zoznámený/á s rámcovou poistnou zmluvou uzavretou medzi Maxima pojišťovnou, a.s. a Home Creditom Slovakia, ktorou sa poistenie riadi.

Som tiež zoznámený/á s informáciami o spracovaní osobných údajov, ktoré sú ich súčasťou. Súhlasím, aby prípadné poistné plnenie bolo poukázané priamo poistníkovi, ktorý je podľa rámcovej poistnej zmluvy obmyslenou osobou.

V dňa

Podpis oznamovateľa



LEKÁRSKÝ DOTAZNÍK – ÚMRTIE
VYPLNÍ OŠETRUJÚCI LEKÁR

Prosíme o vyplnenie nasledujúcich otázok. Za validný je považovaný iba kompletne vyplnený zdravotný dotazník. Náklady spojené s vyplnením tohoto dotazníku hradí klient, ktorý môže preplatenie pokladničného dokladu uplatniť u MAXIMA poisťovny, a.s.

Meno a priezvisko

Rodné číslo

Príčina úmrtia

 Úraz Choroba

Uveďte, prosím, dátum úmrtia:

Uveďte, prosím, diagnózy (v súlade s MKN10), ktoré boli príčinou úmrtia (vrátane dátumu prvotného záchytu v minulosti):

Diagnóza podľa MKN 10

1.

Dátum prvého záchytu

2. 3.

Uveďte, prosím, etiológiu vyššie uvedených chorôb (pokiaľ sa jedná o úrazovú etiológiu, prosím uveďte úrazový dej)

Uveďte, prosím, dátumy predchádzajúceho liečenia vyššie uvedených diagnóz

Predchádzala úmrtiu pracovná neschopnosť?

Od Do Dg.:

Došlo k poisťnej udalosti pod vplyvom alkoholu či omamných látok?

 ÁNO NIE

Jednalo sa o suicidium, popr. o jeho pokus?

 ÁNO NIE

Bol pacient pred úmrtím v invalidnom alebo starobnom dôchodku?

 ÁNO NIE

Dátum priznania ID

Dátum odobrania ID

Dg.:

Bol pacient pred úmrtím v trvalej lekárskej starostlivosti pre iné chronické ochorenie? Ak áno, uveďte prosím diagnózu a dátum prvého záchytu

Pečiatka a podpis ošetrojúceho lekára

V

dňa

