



viac ako / štandard

Oznámenie poistnej udalosti /

Invalidita

Číslo návrhu zmluvy/poistnej zmluvy

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

Až do uznania nároku na oslobodenie od platenia bežného poistného poisťovateľom je poistník povinný platiť poistné.

A. Z dôvodu úrazu B. Z dôvodu choroby

Poistník/Poistený (osoba uplatňujúca si nárok na plnenie)

Priezvisko, meno, titul		Rodné číslo	
Adresa trvalého pobytu (ulica, číslo, mesto/obec)		PSČ	Telefón
Doklad totožnosti <input type="checkbox"/> OP/ID <input type="checkbox"/> Pas	Číslo dokladu totožnosti	Štátna príslušnosť	Kód zdravotnej poisťovne
Zamestnanie	Odbor činnosti		
Názov a adresa zamestnávateľa	Telefón do zamestnania		

A. Úraz

Dátum úrazu	Čas úrazu	Miesto úrazu
Príčina úrazu		
Popis okolností, za ktorých došlo k úrazu		
Bola udalosť vyšetrovaná (orgánmi polície a pod.)? <input type="checkbox"/> Áno <input type="checkbox"/> Nie	Názov a adresa vyšetrujúceho orgánu	
Priezviská, mená a adresy svedkov udalosti (príp. telefónne čísla)		
Priezvisko, meno lekára a adresa zariadenia, kde vám bolo poskytnuté prvé ošetrovanie	Dátum prvého ošetrenia	Hodina
Priezvisko, meno lekára a adresa zariadenia, kde ste sa ďalej liečili		

B. Choroba

O aké ochorenie ide?	Dátum začiatku liečby ochorenia
Priezvisko, meno lekára a adresa zariadenia, kde ste sa liečili	

Podpisy a vyhlásenia

Vyhlasujem, že som pravdivo odpovedal(a) na všetky otázky. 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.**

Dátum podpisu
Miesto

Podpis osoby uplatňujúcej si nárok na plnenie

Priložte kópiu právoplatného rozhodnutia zo Sociálnej poisťovne.



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

Vypní lekár, ktorý pripravil podklady pre priznanie invalidného dôchodku.

Náklady na vyplnenie tohto formulára budú uhradené poisťovateľom do výšky 10 € v prípade uznania nároku na poistné plnenie.

A. Úraz

Dátum úrazu																				
Miesto úrazu																				
Diagnóza - kód																				

Priezvisko, meno lekára a adresa zariadenia, kde vám bolo poskytnuté prvé ošetrenie																				
Dátum prvého ošetrenia																				
Hodina																				

Diagnóza - **podrobný popis** všetkých telesných poškodení spôsobených úrazom

Bol poranený orgán už pred úrazom funkčne poškodený? Áno Nie V akom rozsahu?

Dátum RTG																				
Popis RTG																				

Práceschopnosť	Od																			
	Do																			

Hospitalizácia	Od																			
	Do																			

Priebeh a spôsob liečenia - **podrobne popíšte**

B. Choroba

Dátum začiatku choroby																				
Diagnóza - kód																				

Príčina choroby

Diagnóza

Práceschopnosť	Od																			
	Do																			

Hospitalizácia	Od																			
	Do																			

Priebeh a spôsob liečenia - **podrobne popíšte**

Iné lekárske oznámenia

Predchádzajúce vážne ochorenia	Začiatok	Príčina	Dg.	Vyliečené
				<input type="checkbox"/> Áno <input type="checkbox"/> Nie
				<input type="checkbox"/> Áno <input type="checkbox"/> Nie
				<input type="checkbox"/> Áno <input type="checkbox"/> Nie

Dátum priznania invalidity Sociálnou poisťovňou																				
Dátum ďalšieho prešetrenia																				

Počet príloh

--	--

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

Podpisy a vyhlásenia

Potvrďujem, že údaje v Správe lekára sa týkajú osoby uvedenej na prvej strane formulára.

Dátum podpisu																				
Miesto																				
Adresa lekára																				
Telefón lekára																				
Otlačok pečiatky a podpis lekára																				