OZNÁMENÍ POJISTNÉ UDÁLOSTI - ÚMRTÍ

MAXIMA POJIŠŤOVNA

MAXIMA pojišťovna, a.s. • Italská 1583/24, 120 00 Praha 2, ČR • **email:** lpu@maxima-as.cz • **infolinka:** +420 273 190 400
IČ: 61328464 • zapsaná v OR Městského soudu v Praze pod RgB 3314 (pojistitel)

Prezenční razítko

Číslo pojistné smlouvy

Formulář je možné vyplnit elektronicky. Vyplňte přední stranu tohoto formuláře slovy, druhou stranu předložte k vyplnění lékaři zesnulého. Za vyplnění uhradíte jím účtovaný honorář, neboť jde o zdravotní výkon, který nesleduje léčebný účel a je proveden na Vaši žádost a ve Vašem osobním zájmu. Náklady spojené s vyplněním zprávy lékaře pojistitel nehradí.

Údaje o pojištěném

Jméno a příjmení

Rodné číslo

Adresa bydliště

Jméno a adresa praktického lékaře pojištěného, u kterého je vedena kompletní zdravotní dokumentace

Okolnosti úmrtí (datum, místo, příčina úmrtí)

Byly okolnosti události vyšetřovány, a pokud ano, kým (doložte protokol PČR, soudní rozsudek apod.)?

Údaje o obmyšleném

Jméno a příjmení

Rodné číslo

Adresa bydliště

Korespondenční adresa

E-mail

Telefonní kontakt

Vztah k pojištěnému

Číslo bankovního účtu pro zaslání pojistného plnění

Prohlašuji, že všechny údaje jsem uvedl/a pravdivě a úplně. Jsem si vědom/a právních důsledků neúplných nebo nepravdivých odpovědí na povinnosti pojistitele plnit. Při uvedení nepravdivých, hrubě zkreslených údajů nebo zamlčením podstatných údajů se vystavuji možnosti postihu podle trestního zákoníku. Prohlašuji, že jsem oprávněnou osobou pro přijetí pojistného plnění v souladu s uzavřenou pojistnou smlouvou, příslušnými pojistnými podmínkami, zákonem č. 89/2012 Sb., občanský zákoník, a dalšími právními předpisy.

Podpis obmyšleného, příp. zákonného zástupce
(v případě zák. zástupce, uveďte jméno, příjmení a RČ)

Podepsáno v

Dne

LÉKAŘSKÁ ZPRÁVA

Informace pro lékaře:
Odměnu za vyplnění tohoto tiskopisu Vám uhradí obmyšlený, příp. zákonný zástupce. Prosíme o čitelné vyplnění všech údajů a doložení kopií požadované dokumentace. Nestačí-li pro požadované údaje místo, uveďte je na samostatném listu jako přílohu.

Příjmení, jméno, titul (pojištěného)

Rodné číslo / datum narození (pojištěného)

Datum úmrtí (včetně času)

Místo úmrtí

Příčina úmrtí (přiložte kopie příslušné lékařské dokumentace)

Popis onemocnění / úrazu	Diagnóza dle MKN-10	Doba léčení (od - do)
1.		
2.		
3.		
4.		
5.		

Byl pojištěný v době úmrtí pod vlivem omamných látek / alkoholu? Pokud ano, uveďte jakých (v případě alkoholu uveďte promile alkoholu v krvi).

Došlo k úmrtí v důsledku vraždy nebo sebevraždy? Pokud ano, uveďte okolnosti.

Stručný výpis ze zdravotní dokumentace za posledních 5 let.

Jiná zdravotní sdělení lékaře

Zdravotní zařízení/lékař (název/jméno, adresa, tel. kontakt)

Razítko a podpis lékaře

Podepsáno v

Dne

IDENTIFIKACE OBMYŠLENÉHO/ZÁKONNÉHO ZÁSTUPCE

Identifikace se provádí pro účely zákona č. 253/2008 Sb., o některých opatřeních proti legalizaci výnosů z trestné činnosti a financování terorismu. Identifikace může být provedena krajským úřadem, obecním úřadem s rozšířenou působností notářem, popř. jiným úřadem oprávněným provést identifikaci.

Příjmení a jméno identifikované osoby (dále jen IS)

Rodné číslo / datum narození IS

Adresa bydliště IS - ulice, č.p.

Obec

PSČ

Druh a číslo průkazu totožnosti IS

Stát, případně orgán, který jej vydal

Doba platnosti

Údaje o úřadu, který identifikaci provedl (název, adresa)

Razítko a podpis osoby, která provedla identifikaci

Podepsáno v

Dne