

OZNÁMENÍ POJISTNÉ UDÁLOSTI - ÚMRTÍ POJIŠŤENÉHO

Pojištěný (jméno a příjmení):	
Datum narození pojištěného:	Rodné číslo pojištěného:
Číslo smlouvy/karty, ke které bylo uzavřeno pojištění rizika úmrtí:	

Datum vzniku pojistné události = datum úmrtí pojištěného (den, měsíc, rok):
Stručný popis pojistné události (za jakých okolností k úmrtí došlo):
Adresa ošetřujícího (praktického) lékaře (jméno, adresa, telefonní spojení):
Adresa Policie ČR nebo v zahraničí a číslo jednacího spisu (prosíme vyplnit v případě, že se jednalo o dopravní nehodu, popř. událost, kterou šetřila policie):
Adresa notáře pověřeného vyřízením pozůstalostního řízení (prosíme vyplnit v případě, že notář byl již k danému řízení určen)
Telefonní spojení:

Byl pojištěné osobě přiznán starobní důchod:	ANO <input type="checkbox"/>	NE <input type="checkbox"/>	od: _____ (přesné datum)	
Byla pojištěné osobě přiznána invalidita:	ANO <input type="checkbox"/>	NE <input type="checkbox"/>	od: _____ (přesné datum)	Stupeň:

Oznamovatel pojistné události (jméno a příjmení):	
Vztah k zemřelému (manžel/manželka, syn/dcera...):	
Kontaktní adresa oznamovatele:	
Telefon:	E-mail: Uvedením e-mailové adresy souhlasím s jejím použitím pojišťovnou pro komunikaci týkající se této škodné události.
Číslo Vašeho bankovního účtu pro příp. výplatu pojistného plnění: <i>(prosím uveďte celé číslo účtu, včetně předčíslí a směrového kódu banky)</i>	

Podpisem tohoto tiskopisu prohlašuji, že jsem majitelem výše uvedeného účtu.

V případě, že majitelem výše uvedeného účtu je jiná osoba uveďte následující údaje jeho majitele

Jméno a příjmení:	
Rodné číslo (nemá-li, pak datum narození)	
Adresa trvalého pobytu (ulice, číslo, město, PSČ)	
Státní příslušnost:	

Škodní událost vyřizuje BNP Paribas Cardif Pojišťovna, a.s., pověřený Administrátor pojistných událostí:

Tento vyplněný formulář, prosím, zašlete na adresu **BNP Paribas Cardif Pojišťovny, a.s.**, spolu s následujícími dokumenty:

- kopie Úmrtního listu pojištěného
- vyplněný lékařský dotazník (formulář přiložen)
- kopie Listu o prohlídce mrtvého (s čitelnou adresou lékaře)
- kopie Pítevní zprávy (s čitelnou adresou lékaře), pokud byla provedena soudní pitva
- kopie Usnesení Policie ČR (Protokolu Policie ČR), nebo zahraniční policie s ověřeným překladem (doložit v případě, že se jednalo o dopravní nehodu, popř. jinou tragickou událost, kterou šetřila policie)
- kopie smlouvy (kompletní znění), ke které bylo uzavřeno pojištění pro případ smrti, včetně přihlášky k pojištění
- kopie Usnesení o dědickém řízení (doložit v případě, že dědické řízení bylo již ukončeno)

Prohlašuji, že mnou uvedené informace jsou úplné a pravdivé, a že jsem nezamlčel/a žádnou skutečnost, která by mohla mít vliv na šetření pojistné události a stanovení výše pojistného plnění. Potvrzuji, že jsem seznámen/a s rámcovou pojistnou smlouvou uzavřenou mezi Maxima pojišťovnou, a.s. a pojistníkem, kterou se pojištění řídí. Jsem též seznámen/a s poučením o zpracování osobních údajů, které je jejich součástí. Souhlasím, aby případné pojistné plnění bylo poukázáno přímo pojistníkovi, pokud je dle rámcové pojistné smlouvy oprávněnou osobou, nebo na výše uvedený bankovní účet.

V..... dne Podpis oznamovatele:.....

Za účelem mimosoudního řešení sporu v životním pojištění se lze obrátit na finančního arbitra (www.financniarbitr.cz). Za účelem mimosoudního řešení sporu v neživotním pojištění se lze obrátit na Českou obchodní inspekci (www.adr.coi.cz). Podmínkou zahájení postupu mimosoudního řešení sporu je skutečnost, že se stěžovateli nepodařilo vyřešit spor přímo s pojišťovnou.

Škodní událost vyřizuje BNP Paribas Cardif Pojišťovna, a.s., pověřený Administrátor pojistných událostí:



LÉKAŘSKÝ DOTAZNÍK – ÚMRTÍ
vyplní ošetřující lékař

Prosíme o vyplnění následujících otázek. Za validní je považován pouze kompletně vyplněný zdravotní dotazník. Náklady spojené s vyplněním tohoto dotazníku hradí klient, který může proplacení pokladního dokladu uplatnit u BNP Paribas Cardif Pojišťovna, a.s.

Jméno a příjmení:	Rodné číslo:	
Příčina úmrtí:	Úraz <input type="checkbox"/> Nemoc <input type="checkbox"/>	
Uveďte, prosím, datum úmrtí:		
Uveďte, prosím, diagnózy (v souladu s MKN10), které byly příčinou úmrtí (včetně data prvotního záchytu v minulosti):		
Diagnóza dle MKN 10:	Datum prvního záchytu:	
1.		
2.		
3.		
Uveďte, prosím, etiologii výše uvedených onemocnění (pokud se jedná o úrazovou etiologii, prosím uveďte úrazový děj):		
Uveďte, prosím, data předchozího léčení výše uvedených diagnóz:		
Předcházela úmrtí pracovní neschopnost?	Od..... Do..... Dg.:	
Došlo k pojistné události pod vlivem alkoholu či omamných látek?	Ano <input type="checkbox"/> Ne <input type="checkbox"/>	
Jednalo se o suicidium, popř. o jeho pokus?	Ano <input type="checkbox"/> Ne <input type="checkbox"/>	
Byl pacient před úmrtím v invalidním nebo starobním důchodu?	Ano <input type="checkbox"/> Ne <input type="checkbox"/>	
Datum přiznání ID:	Datum odebrání ID:	Dg.:
Byl pacient před úmrtím v trvalé lékařské péči pro jiné chronické onemocnění? Pokud ano, uveďte prosím diagnózu a datum prvního záchytu:		

V.....

dne.....

Razítko a podpis ošetřujícího lékaře

Škodní událost vyřizuje BNP Paribas Cardif Pojišťovna, a.s., pověřený Administrátor pojistných událostí: