

Oznámení pojistné události – ÚMRTÍ

Pokyny pro vyplnění formuláře:

1. Vyplňte formulář ve všech bodech. U políček s možností volby označte platnou odpověď křížkem.
2. V případě nejasností při vyplňování formuláře nás můžete kontaktovat na **bezplatné informační lince Klientského servisu 800 10 66 10**.
3. Oznámení zašlete doporučeně na adresu: **ESOX s.r.o., F. A. Gerstnera 52, 370 01 České Budějovice**.
4. K žádosti dále přiložte:
 - **Ověřenou kopii Úmrtního listu**
 - **Kopii smlouvy o úvěru**
 - **Doklad o příčině úmrtí** – vystavený lékařem pojištěného / pojištěné v druhé části formuláře, **případně ověřené kopie dokladů**: Pítevní zpráva, Propouštěcí zpráva nebo zpráva ošetřujícího lékaře při úmrtí ve zdravotnickém zařízení
 - **Policejní protokol** nebo jiný doklad ze závěru vyšetřování úmrtí, pokud bylo šetřeno Policií ČR či jiného státu

Bez kompletního vyplnění formuláře nelze zahájit šetření pojistné události a podstatně se prodlouží doba likvidace. Pojistitel je oprávněn ověřit si veškeré informace k hlášené pojistné události.

ÚDAJE O POJIŠTĚNÉM	
Příjmení a jméno pojištěného:	Rodné číslo (není li, uveďte datum narození):
Místo narození:	Pohlaví: <input type="checkbox"/> muž <input type="checkbox"/> žena
Státní občanství:	Forma pobytu: <input type="checkbox"/> trvalý <input type="checkbox"/> jiný
Adresa trvalého bydliště vč. PSČ a státu:	
INFORMACE O ÚMRTÍ POJIŠTĚNÉHO	
Datum úmrtí: __ / __ / __ __ __	Místo úmrtí:
Příčina úmrtí: <input type="checkbox"/> ÚRAZ - uveďte prosím popis a okolnosti úrazu:	<input type="checkbox"/> NEMOC – uveďte prosím název nemoci a okolnosti úmrtí:
K úrazu došlo při dopravní nehodě ne <input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/>	adresa zdravotnického zařízení, kde byl pojištěný/á léčen/a nebo kde zemřel/a:
Bylo šetřeno Policií ČR nebo jiného státu ne <input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/>	
Přiložte policejní protokol nebo uveďte adresu policejního oddělení	
Jméno a adresa praktického lékaře pojištěného:	
Jména a adresy odborných lékařů pojištěného:	

ÚDAJE O POJISTNÉ SMLOUVĚ

Číslo pojistné smlouvy/smluv:

Pojistné plnění bude poukázáno společnosti ESSOX s.r.o. v souladu s pojistnými podmínkami tohoto pojištění.**ÚDAJE O OZNAMOVATELI POJISTNÉ UDÁLOSTI**

Příjmení a jméno oznamovatele:

Vztah k pojištěnému:

Kontaktní adresa:

Email:

Telefon:

PROHLÁŠENÍ A ZMOCNĚNÍ

Žádám o plnění z pojistné události a prohlašuji, že všechny údaje v tomto Oznámení jsem uvedl/a úplně a pravdivě. Beru současně na vědomí, že jako oznamovatele mě pojišťovna může kontaktovat se žádostí o doplnění podkladů potřebných k vyřízení pojistné události. Jsem si vědom/a, že neúplné a nesprávné odpovědi mají vliv na plnění pojišťovny.

Současně potvrzuji, že mi byly poskytnuty a jsou mi známy informace týkající se zpracování osobních údajů pojistitelem a souvisejících práv a povinností obsažené v Informačním memorandu pojistitele a skutečnost, že aktuální verzi tohoto Informačního memoranda lze nalézt na internetových stránkách pojistitele www.kb-pojistovna.cz.

V _____ dne _____

Podpis oznamovatele

V _____ dne _____

Podpis zástupce ESSOX s.r.o.

Potvrzení lékaře o příčině úmrtí

ÚDAJE O POJIŠTĚNÉM	
Příjmení a jméno pojištěného:	Rodné číslo (není li, uveďte datum narození):
Adresa trvalého bydliště:	
Pojištěný zemřel dne: _ _ / _ _ / _ _ _ _	
Bezprostřední příčina úmrtí (diagnózy číselně dle Mezinárodní klasifikace nemocí a slovně):	
Základní onemocnění (včetně data diagnostikování):	
Komplikace základního onemocnění a vedlejší nálezy:	
Prokázala se souvislost úrazu nebo nemoci s požitím nebo požíváním alkoholu, nebo jiných omamných nebo psychotropních látek: ano <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/>	
Léčil(-a) se klient(-ka) již dříve pro toto onemocnění? (v případě kladné odpovědi uveďte prosím i datum počátku a délku léčby):	
nádorové onemocnění	ne <input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ode dne: _ _ / _ _ / _ _ _ _
neurologické onemocnění	ne <input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ode dne: _ _ / _ _ / _ _ _ _
infekční onemocnění (mimo běžných dětských, střevních nebo respiračních onemocnění)	ne <input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ode dne: _ _ / _ _ / _ _ _ _
chronické onemocnění ledvin a jater, diabetes	ne <input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ode dne: _ _ / _ _ / _ _ _ _
kardiovaskulární onemocnění	ne <input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ode dne: _ _ / _ _ / _ _ _ _
nervové nebo duševní onemocnění, deprese	ne <input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ode dne: _ _ / _ _ / _ _ _ _
onemocnění dýchacího systému	ne <input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ode dne: _ _ / _ _ / _ _ _ _
poruchu pohybového systému	ne <input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ode dne: _ _ / _ _ / _ _ _ _
byl/a pozitivně testována na HIV(AIDS), žloutenku typu B nebo C	ne <input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ode dne: _ _ / _ _ / _ _ _ _
byl/a závislý/á nebo léčený/á pro závislost na alkoholu nebo jiných návykových látkách	ne <input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ode dne: _ _ / _ _ / _ _ _ _
jiné onemocnění:	ne <input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ode dne: _ _ / _ _ / _ _ _ _
Pobíral(-a) klient(-ka) invalidní důchod?	
ano <input type="checkbox"/> ode dne _ _ / _ _ / _ _ _ _ pro invaliditu I. stupně <input type="checkbox"/> II. stupně <input type="checkbox"/> III. stupně <input type="checkbox"/>	
ne <input type="checkbox"/>	
Datum vystavení:	Razítko a podpis lékaře: