

4Life Direct Insurance Services s. r. o.
Dunajská 8
811 08 Bratislava 1

VYHLÁSENIE LEKÁRA – ÚMRTIE NEHODOU

Číslo udalosti (vyplní 4Life Direct)

VŠEOBECNÉ INFORMÁCIE

1. Vyplňte, prosím, tlačivo PALIČKOVÝM PÍSMOM.
2. Odpovedzte, prosím, na všetky otázky.
3. V prípade chýbajúceho miesta na tomto tlačive, prosíme o rozšírenie odpovede s pečiatkou a podpisom lekára na opačnej strane alebo na samostatnej strane.

1. OSOBNÉ ÚDAJE POISTENEJ OSOBY (ZOSNULÉHO)

Číslo poistnej zmluvy: _____

Meno a priezvisko: _____

Dátum narodenia: ____ - ____ - _____ Rodné číslo: _____ Pracovná pozícia: _____

2. INFORMÁCIE O NEHODE/HOSPITALIZÁCIÍ POISTENEJ OSOBY (ZOSNULÉHO)

Dátum úmrtia: ____ - ____ - _____

Názov a kód ochorenia podľa MKCH, ktoré spôsobilo úmrtie (prvotná príčina): _____

Dátum nehody: ____ - ____ - _____

Dátum prvého ošetrovania úrazu: ____ - ____ - _____ (v prípade, ak úmrtie nenastalo rovnaký deň)

Dátum hospitalizácie od: ____ - ____ - _____ do ____ - ____ - _____ (v prípade, ak nehoda vyžadovala hospitalizáciu)

Názov a adresa nemocnice: _____

Nastala nehoda následkom požitia alkoholu alebo iných návykových látok? áno nie

O aký druh návykovej látky išlo? _____

Bolo zistené _____ % alkoholu.

Bolo príčinou nehody sebapoškodenie? áno nieNastala nehoda v dôsledku pracovného úrazu? áno nieNastala nehoda u poistenej osoby (pacienta) v dôsledku zdravotného stavu (diagnostikované ochorenia/akútne ochorenia)? áno nie

Ak áno popíšte: _____

Vyhlasujem, že odpovede na vyššie uvedené otázky boli poskytnuté v dobrej viere, pravdivo a na základe mojich vedomostí.

Miesto

Dátum

Podpis a pečiatka lekára