

**4Life Direct Insurance Services s.r.o.,
odštěpný závod
Pobřežní 394/12
186 00 Praha 8**

PROHLÁŠENÍ LÉKAŘE ÚMRTÍ

Číslo události (vyplní 4Life Direct)

VŠEOBECNÉ INFORMACE

- Vyplňte, prosím, tiskopis HŮLKOVÝM PÍSMEM.
- Odpovězte, prosím, na všechny dotazy.
- V případě chybějícího místa v tomto tiskopise, prosíme o rozšíření odpovědě s razítkem a podpisem lékaře na opačné straně nebo na samostatné straně.

1. OSOBNÍ ÚDAJE POJIŠTĚNÉ OSOBY (ZESNULÉHO)

Číslo pojistné smlouvy: _____

Jméno a příjmení: _____

Datum narození: ____-____-____ Rodné číslo: _____ Pracovní pozice: _____

2. INFORMACE O ÚMRTÍ POJIŠTĚNÉ OSOBY (ZESNULÉHO)

Datum úmrtí: ____-____-____

Název a kód nemoci podle MKCH, které způsobilo úmrtí (prvotní příčina): _____

Datum nehody: ____-____-____

Datum prvního ošetření úrazu: ____-____-____ (v případě, pokud úmrtí nenastalo stejný den)

Datum hospitalizace od: ____-____-____ do ____-____-____ (v případě, pokud nehoda vyžadovala hospitalizaci)

Název a adresa nemocnice: _____

Nastala nehoda následkem požití alkoholu nebo jiných návykových látek? ano ne

O jaký druh návykové látky šlo? _____

Bylo zjištěno _____ % alkoholu.

Bylo příčinou nehody sebepoškození? ano neNastala nehoda v důsledku pracovního úrazu? ano neNastala nehoda u pojištěné osoby (pacienta) v důsledku zdravotního stavu (diagnostikované onemocnění/akutní onemocnění)? ano ne

Pokud ano, popište: _____

Vyhlašuji, že odpovědi na výše uvedené dotazy byly poskytnuty v dobré víře, pravdivě a na základě mých vědomostí.

Místo

Datum

Podpis a razítko lékaře