

PROHLÁŠENÍ OŠETŘUJÍCÍHO LÉKAŘE POJISTNÉ HLÁŠENÍ O ÚMRTÍ

2b

MetLife Europe d.a.c.
Irská společnost s reg. č. 415123
20 on Hatch, Lower Hatch Street, Dublin 2, Irsko
MetLife Europe d.a.c., pobočka pro Českou republiku
Purkyňova 2121/3, 110 00 Praha 1, IČ: 03926206
Zapsaná v OR vedeném MS v Praze | sp. zn. A77032
tel. 227 111 000 | info@metlife.cz | www.metlife.cz

Formulář, prosíme, vyplňte ručně tiskacím písmem (ne černou tužkou) nebo elektronicky.

Jméno a příjmení pojištěného

Rodné číslo pojistníka

Datum úmrtí

Místo úmrtí

Příčina úmrtí (diagnóza a popis zranění/nemoci)

Datum úrazu/prvních příznaků nemoci

Místo úrazu

Datum prvního ošetření z důvodu
úrazu/nemoci

Jméno lékaře a adresa zdravotnického zařízení

Předchozí chorobné stavy, které ovlivnily úmrtí:

Byl pojištěný v době úmrtí pod vlivem alkoholu nebo jiných návykových látek?

U alkoholu uveďte promile v krvi:

ano ne

Bylo úmrtí vyšetřováno policií?

ano ne

Došlo k úmrtí v důsledku sebevraždy nebo vraždy?

V kladném případě uveďte okolnosti:

ano ne

Byla provedena soudní nebo zdravotní pitva?

V kladném případě uveďte adresu zařízení:

ano ne

Pokud jste byl ošetřujícím lékařem pojištěného před úmrtím doplňte, prosím, stručný výpis ze zdravotní dokumentace za posledních 5 let na zadní stranu tohoto formuláře. Jestliže pojištěný podstoupil léčbu u jiných lékařů, uveďte jejich jména a adresy:

Jiné sdělení lékaře:

Vyplňte i následující stranu



0211091W0550518

Výpis ze zdravotní dokumentace za posledních pět let

Datum návštěvy
(měsíc a rok)

Diagnóza

Průběh léčby

Doplňující údaje

Jméno lékaře, název a adresa zdravotnického zařízení, telefon, email:

Datum

□	□	□	□	□	□	□	□	□	□
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

Razítko a podpis lékaře