

Amcico pojišťovna a.s.
 V Celnici 1028/10 | 117 21 | Praha 1
 T +420 227 111 111 | F +420 227 111 777
 IČ 45794944 | zapsána v OR vedeném MS v Praze
 oddíl B | vložka 1653 | www.metlifeamcico.cz

PROHLÁŠENÍ OSOBY UPLATŇUJÍCÍ NÁROK

Hlášení o úmrtí pojištěného

Číslo pojistné smlouvy: Jméno a příjmení pojištěného(né): Datum narození: Rodné číslo: Adresa bydliště: PSC: Adresa zaměstnavatele:

Měl pojištěný(á) uzavřenou pojistnou smlouvu s jinou pojišťovnou (uvedte název společnosti, typ pojištění a pojistnou částku):

Datum úmrtí: Místo úmrtí: Příčina úmrtí (popis okolností):

První výskyt příznaků nemoci nebo datum úrazu pojištěného(né):

Uvedte seznam lékařů, kteří ošetřovali pojištěného(nou) během jeho/její nemoci nebo úrazu:

Uvedte jméno a adresu praktického lékaře, popř. ošetřujícího lékaře, u kterého měl(a) pojištěný(á) kompletní zdravotní dokumentaci:

VYPLNÍ OPRÁVNĚNÁ OSOBA

Jméno a příjmení: Rodné číslo: Státní příslušnost: Kontaktní adresa: Telefon: Vztah k pojištěnému(né): Doplňující údaje:

PROHLÁŠENÍ

Já níže podepsaný(á) uplatňuji nárok na pojistné plnění z výše uvedené pojistné smlouvy a prohlašuji, že veškeré údaje v tomto formuláři jsem uvedl(a) pravdivě a úplně podle svých nejlepších vědomostí. Jsem si vědom(a) své odpovědnosti pro případ, že tyto údaje jsou nepravdivé.

Osoba uplatňující nárok:
 (podpis zákonného zástupce, pokud se jedná o nezletilé dítě)

Datum:

