

LÉKAŘSKÝ CERTIFIKÁT ÚMRTÍ

Já, lékař _____, potvrzuji, že :

Pan Paní Slečna Příjmením : _____ Jménem :

Rodným Příjmením : _____ narozený (á) dne ____ / ____ / ____

Povolání : _____

Zemřel(a) dne : ____ / ____ / ____

Příčina úmrtí :

- ❖ **Je spojená s událostmi, které jsou vyloučené, viz. níže :** ANO NE
- ❖ **Je původem nehoda :** ANO NE
- ❖ Nehodou se rozumí : « jakákoliv neúmyslná okolnost vzniklá náhle a nepředvídatelně z venkovní příčiny, a která vytvoří újmu na zdraví. »
- ❖ **Jestliže ano, jedná se o automobilovou nehodu ?** ANO NE
- ❖ **Byl(a) řidičem ?** ANO NE

Vyplní pozůstalí, jen pokud se jedná o automobilovou nehodu:

Policejní zpráva nebo protokol policejního orgánu byl/a vystavena ANO NE

Jestliže ano, Č°: _____ **Datum vystavení :** ____ / ____ / ____

Název policejní stanice nebo orgánu _____

Dokument byl odevzdán pozůstalým, aby uplatnili nárok, který jim vyplývá ze zákona.

Razítko Lékaře

V _____ dne ____ / ____ / ____

Podpis

Zašlete tento dokument a připojené dokumenty na následující adresu :
COFIDIS a.s., Oddělení pojištění, Bucharova 1423/6, 158 00 Praha 5

Pokud si to přejete, můžete zaslat Váš dopis v zalepené obálce s indikací důvěrné údaje na následnou adresu:
Service Médical ACM– Sinistres ADE - 46 rue Jules Méline - 53098 LAVAL CEDEX 09 FRANCE

Události vyloučené ve všeobecných podmínkách smlouvy pojištění
kryjící půjčku

- Sebevražda pojištěného, k níž došlo z jakéhokoli důvodu během prvního roku pojištění.
- Válečný stav, nepokoje, povstání, atentáty a teroristické útoky, jestliže se jich pojištěný aktivně účastní.
- Rizika spojená s provozem motorových vozidel při soutěžích a rallye.
- Přímé či nepřímé účinky výbuchů, zdrojů tepla, vdechnutí či ozáření pocházejícího z transmutace atomových jader.
- Opilost (objem alkoholu vyšší než objem stanovený v pravidlech silničního provozu) pojištěného nebo užití narkotik či omamných látek, které nebyly lékařsky předepsány.
- Úrazy či nemoci, které se projeví nebo vznikly před přistoupením k této smlouvě.
- Následky AIDS nebo související s AIDS (HIV pozitivní, AIDS komplex).

Datum(y) vstupu do pojištění : ____ / ____ / ____