

OZNÁMENÍ POJISTNÉ UDÁLOSTI - PRACOVNÍ NESCHOPNOST

Pojištěný (jméno a příjmení)

Datum narození

Číslo smlouvy, ke které máte uzavřeno pojištění schopnosti splácet úvěr

Rodné číslo

K pracovní neschopnosti došlo v důsledku

 Nemoci Úrazu

Datum vzniku pojistné události = uveďte, prosím, den, měsíc a rok zahájení (počátku) pracovní neschopnosti

Popište stručně Vaše onemocnění/úraz:

Byl/a jste k datu vzniku pojistné události v zaměstnaneckém poměru?

 ANO NE

Jste osoba samostatně výdělečně činná (OSVČ)?

(doložte prosím výpis z živnostenského rejstříku)

 ANO NE

Adresa ošetřujícího (praktického) lékaře (jméno, adresa, telefonní spojení):

Adresa Policie v ČR nebo v zahraničí a číslo jednacího spisu (prosíme vyplnit v případě, že se jednalo o dopravní nehodu, popř. událost, kterou šetřila policie):

Byl Vám přiznán starobní důchod:

 ANO NE

od

 (přesné datum)

Byla Vám přiznána invalidita:

 ANO NE

od

 (přesné datum)

Stupeň:

Vaše kontaktní adresa:

Telefon

E-mail

Uvedením e-mailové adresy souhlasím s jejím použitím pojišťovnou pro komunikaci týkající se této škodné události.

Číslo bankovního účtu pro příp. výplatu pojistného plnění:

(prosím uveďte celé číslo účtu, včetně předčíslí a směrového kódu banky)

Tento vyplněný formulář, prosím, zašlete na adresu MAXIMA pojišťovny, a.s., spolu s následujícími dokumenty:

- kopie Potvrzení pracovní neschopnosti s uvedeným datem počátku pracovní neschopnosti s vyznačením pravidelných kontrol u lékaře a čitelnou adresou lékaře
- vyplněný lékařský dotazník (formulář přiložen)
- došlo-li k hospitalizaci, propouštěcí zprávu z nemocničního zařízení (kopie s čitelnou adresou lékaře)
- potvrzení zaměstnavatele nebo výpis z živnostenského rejstříku, pokud jste osoba samostatně výdělečně činná (OSVČ) nebo kopii zápočtového listu
- kopie Usnesení Policie ČR (Protokolu Policie ČR), nebo zahraniční policie s ověřeným překladem (doložit v případě, že se jednalo o dopravní nehodu, popř. jinou událost, kterou šetřila policie)
- případně další dokumenty, které si pojišťovna vyžádá.



Prohlašuji, že mnou uvedené informace jsou úplné a pravdivé, a že jsem nezamlčel/a žádnou skutečnost, která by mohla mít vliv na šetření pojistné události a stanovení výše pojistného plnění.

Jako pojištěná osoba:

- Potvrzuji, že jsem seznámen/a s rámcovou pojistnou smlouvou uzavřenou mezi Maxima pojišťovnou, a.s. a pojistníkem, kterou se pojištění řídí.
- Jsem též seznámen/a s poučením o zpracování osobních údajů, které je jejich součástí, a beru na vědomí, že poskytnutí osobních údajů a údajů o zdravotním stavu je nezbytné pro výkon pojišťovací činnosti a plnění práv a povinností vyplývajících z pojistné smlouvy. Souhlasím, aby pojišťovna, administrátor pojistných událostí nebo jimi pověřený provozovatel zdravotnického zařízení zjišťovali, získávali a zpracovávali informace a údaje o mém zdravotním stavu. Beru na vědomí, že odvoláním tohoto souhlasu pojištění zaniká a dále se neprovádí šetření škodní resp. pojistné události ani se neposkytuje pojistné plnění. Souhlasím, aby pro účely šetření a likvidace škodní resp. pojistné události pojišťovna, administrátor pojistných událostí nebo jimi pověřený provozovatel zdravotnického zařízení získávali informace o mém zdravotním stavu prostřednictvím lékařských zpráv a zdravotnické dokumentace vyžádaných od kteréhokoli poskytovatele zdravotních služeb, který mi poskytl zdravotní službu.
- Souhlasím též s tím, že se na žádost pojišťovny podrobím absolvování prohlídky nebo lékařského vyšetření provedeného lékařským zařízením, které pojišťovna nebo administrátor pojistných událostí určí. Zprošťuji poskytovatele zdravotnických služeb povinnosti mlčenlivosti o skutečnostech, které se dozvěděli v souvislosti s poskytováním zdravotních služeb mé osobě, a opravňuji je ke sdělování těchto skutečností pojišťovně nebo administrátorovi pojistných událostí pro účely šetření a likvidace škodní resp. pojistné události, pokud si je vyžádá. Zplnomocňuji pojišťovnu a administrátora pojistných událostí, aby si vyžádali informace od zdravotní pojišťovny o službách hrazených z veřejného zdravotního pojištění, které mi byly poskytnuty. Souhlasím též s tím, aby pojišťovna nebo administrátor pojistných událostí zjišťovali údaje o mém nemocenském a důchodovém pojištění, a zbavuji orgány sociálního zabezpečení povinnosti zachovávat o těchto údajích mlčenlivost. Souhlasím, aby případné pojistné plnění bylo poukázáno přímo pojistníkovi, pokud je dle rámcové pojistné smlouvy oprávněnou osobou, nebo na výše uvedený bankovní účet.

Oznamovatel pojistné události, pokud je odlišný od pojištěného (jméno a příjmení)

Rodné číslo

Kontaktní adresa

Telefon

E-mail

Uvedením údajů souhlasím s jejich použitím pojišťovnou pro zpracování a komunikaci týkající se této škodné události.

V

dne

Podpis pojištěného/oznamovatele

Za účelem mimosoudního řešení sporu v životním pojištění se lze obrátit na finančního arbitra (www.financniarbitr.cz). Za účelem mimosoudního řešení sporu v neživotním pojištění se lze obrátit na Českou obchodní inspekci (www.adr.coi.cz). Podmínkou zahájení postupu mimosoudního řešení sporu je skutečnost, že se stěžovateli nepodařilo vyřešit spor přímo s pojišťovnou.



**LÉKAŘSKÝ DOTAZNÍK – PRACOVNÍ NESCHOPNOST POJIŠTĚNÉHO
VYPLNÍ OŠETŘUJÍCÍ LÉKAŘ**

Prosíme o vyplnění následujících otázek. Za validní je považován pouze kompletně vyplněný zdravotní dotazník. Náklady spojené s vyplněním tohoto dotazníku hradí klient, který může proplacení pokladního dokladu uplatnit u MAXIMA pojišťovny, a.s.

Jméno a příjmení				Rodné číslo	
Datum počátku pracovní neschopnosti	Pracovní neschopnost ukončena k datu	Pracovní neschopnost trvá?	Příčina pracovní neschopnosti		
		<input type="checkbox"/> Ano <input type="checkbox"/> Ne	<input type="checkbox"/> Úraz	<input type="checkbox"/> Nemoc	

Uveďte, prosím, veškeré diagnózy (v souladu s MKN10), na základě kterých byla vystavena pracovní neschopnost, kdy byly v minulosti poprvé zjištěny, a jak se tyto diagnózy časově podílely na pracovní neschopnosti:

Diagnóza dle MKN 10	Datum prvního záchytu	Časový podíl v rámci pracovní neschopnosti
1. <input type="text"/>	<input type="text"/>	od <input type="text"/> do <input type="text"/>
2. <input type="text"/>	<input type="text"/>	od <input type="text"/> do <input type="text"/>
3. <input type="text"/>	<input type="text"/>	od <input type="text"/> do <input type="text"/>

Uveďte, prosím, data předchozího léčení výše uvedených diagnóz

Uveďte, prosím, na základě jaké etiologie jsou výše uvedené diagnózy (pokud se jedná o úrazovou etiologii, prosím uveďte úrazový děj):

1. diagnóza	<input type="text"/>
2. diagnóza	<input type="text"/>
3. diagnóza	<input type="text"/>

Došlo k pojistné události (pracovní neschopnosti) v souvislosti s užitím alkoholu či omamných a psychotropních látek? ANO NE

Byl pacient v souvislosti s výše uvedenými diagnózami indikován k operačnímu řešení či hospitalizaci?

Diagnóza	Datum operace/hospitalizace
<input type="text"/>	<input type="text"/>

Je pacient v invalidním nebo starobním důchodu? ANO NE

Datum přiznání ID	Datum odebrání ID	Dg.:
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Je pacient v trvalé lékařské péči pro jiné chronické onemocnění? Pokud ano, uveďte diagnózu a datum prvního záchytu:

Razítko a podpis ošetřujícího lékaře

V	dne	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>



POTVRZENÍ ZAMĚSTNAVATELE

Toto potvrzení se vydává pro MAXIMA pojišťovnu, a.s., IČ 61328464

Tímto potvrzujeme, že

Pan(i) Rodné číslo

Bytem

je/byl(a) zaměstnancem naší společnosti od do

a nevykonává/nevykonával(a) profesní činnost z důvodu dočasné pracovní neschopnosti od do

V dne

Vystavil/a

Telefon

Razítko a podpis zaměstnavatele

Vyplněné potvrzení zašle pojištěný spolu s dalšími dokumenty uvedenými na Oznámení pojistné události na adresu MAXIMA pojišťovny, a.s., Italská 1583/24, 120 00 Praha 2 Vinohrady

