

OZNÁMENIE POISTNEJ UDALOSTI – DLHODOBÉ OŠETROVANIE ČLENA RODINY

Poistený (meno a priezvisko)

Dátum narodenia

Číslo zmluvy, ku ktorej máte uzatvorené poistenie schopnosti splácať úver

Rodné číslo

Dátum vzniku poistnej udalosti = uveďte prosím dátum začiatku ošetrovania člena rodiny

Popíšte stručne dôvod ošetrovania člena rodiny

Ošetrovateľ, ktorý sa stará o člena rodiny, je:

 poistený manžel/ka poisteného druh/družka poisteného registrovaný partner/ka poisteného

Meno a priezvisko

Rodné číslo

Ošetrovaný člen rodiny, o ktorého sa opatrovateľ stará, je jeho:

 manžel/ka dieťa rodič druh/družka registrovaný partner/ka iný člen rodiny žijúci v spoločnej domácnosti

iný - uveďte:

Meno a priezvisko

Rodné číslo

Adresa ošetrujúceho (praktického) lekára (meno, adresa, telefónne spojenie):

Adresa Polície v SR alebo v zahraničí a číslo rokovacieho spisu (prosíme vyplniť v prípade, že išlo o dopravnú nehodu, popr. udalosť, ktorú šetrila polícia):

Vaša kontaktná adresa

Telefón

E-mail

Uvedením e-mailovej adresy súhlasím s jej použitím poisťovňou na komunikáciu týkajúcu sa tejto škodovej udalosti.

Číslo bankového účtu pre príp. výplatu poistného plnenia:

(uveďte celé číslo účtu vrátane predčísčia a smerového kódu banky)

Tento vyplnený formulár, prosím, zašlite na adresu MAXIMA poisťovňa, a. s., spolu s nasledujúcimi dokumentmi:

- kópia Potvrdenia o ošetrovaní člena rodiny s uvedeným dátumom začiatku ošetrovania / kópia Rozhodnutia ošetrujúceho lekára zdravotníckeho zariadenia o potrebe ošetrovania ošetrovaného,
- vyplnený Lekársky dotazník (formulár priložený),
- v prípade dlhodobej pomoci kópia Rozhodnutia o priznaní príspevku na starostlivosť od Úradu práce SR,
- vyplnený a podpísaný Súhlas ošetrovaného so spracovaním údajov o zdravotnom stave (na druhej strane tohto formulára),
- kópia výpisu zo zdravotnej dokumentácie o priebehu liečby ošetrovaného člena rodiny, alebo kópia lekárskej správy z prvotného zachytenia choroby alebo kópia lekárskej správy z prvotného ošetrenia bezprostredne po úraze,
- Potvrdenie zamestnávateľa (formulár priložený),
- doklad potvrdzujúci vzťah ošetrovateľa k ošetrovanému,
- doklad preukazujúci vzťah ošetrovateľa, ak nie je ním poistený, k poistenému,
- kópia Uznesenia Polície SR (Protokolu Polície SR) alebo zahraničnej polície s overeným prekladom,
- prípadne ďalšie dokumenty, ktoré si poisťovňa vyžiada.



Prehlasujem, že mnou uvedené informácie sú úplné a pravdivé, a že som nezamlčal/a žiadnu skutočnosť, ktorá by mohla mať vplyv na šetrenie poistnej udalosti a stanovenie výšky poistného plnenia.

Ako poistená osoba:

- Potvrdzujem, že som oboznámený/á s rámcovou poistnou zmluvou uzavretou medzi MAXIMA pojišťovna, a.s. a poistníkom, ktorou sa poistenie riadi.
- Som tiež oboznámený/á s poučením o spracovaní osobných údajov, ktoré je ich súčasťou, a beriem na vedomie, že poskytnutie osobných údajov a údajov o zdravotnom stave je nevyhnutné pre výkon poisťovacej činnosti a plnenie práv a povinností vyplývajúcich z poistnej zmluvy. Beriem na vedomie, že odvolaním tohto súhlasu poistenie zaniká a ďalej sa nevykonáva šetrenie škodovej respektíve poistnej udalosti ani sa neposkytuje poistné plnenie.
- Súhlasím, aby prípadné poistné plnenie bolo poukázané priamo poistníkovi, pokiaľ je podľa rámcovej poistnej zmluvy oprávnenou osobou, alebo na vyššie uvedený bankový účet.

Oznamovateľ poistnej udalosti, pokiaľ je odlišný od poisteného (meno a priezvisko)	Rodné číslo
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Kontaktná adresa	
<input type="text"/>	
Telefón	E-mail
<input type="text"/>	<input type="text"/>

Uvedením údajov súhlasím s ich použitím poisťovňou na spracovanie a komunikáciu týkajúcu sa tejto škodovej udalosti.

V	dňa	Podpis poisteného/oznamovateľa
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

SÚHLAS OŠETROVANÉHO SO SPRACOVANÍM ÚDAJOV O ZDRAVOTNOM STAVE NA ÚČELY ŠETRENIA POISTNEJ UDALOSTI A VÝPLATY POISTNÉHO PLNENIA

Ošetrovaný (chorý člen rodiny)

Meno a priezvisko	Rodné číslo
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Bydlisko	
<input type="text"/>	

Týmto udeľujem súhlas, aby si poisťovňa vyžiadala potrebnú zdravotnú dokumentáciu o mojom liečení a zdravotnom stave pre potreby šetrenia poistnej udalosti. Tento súhlas udeľujem na dobu vybavovania poistnej udalosti, max. po dobu trvania premlčacej doby nárokov vyplývajúcich z poistnej udalosti. Splnomocňujem lekára a zdravotnícke zariadenie k vyhotoveniu lekárskeho správy, výpisu zo zdravotnej dokumentácie alebo k jej zapožičaniu. Zbavujem mlčanlivosti príslušného lekára a zdravotnícke zariadenia, aby poisťovní na jej žiadosť poskytli požadované informácie v rozsahu, v akom sú povinní ich poskytovať pacientovi.

Beriem na vedomie, že odvolaním tohto súhlasu poisťovňa prestane spracovávať moje osobné údaje ošetrovaného, v dôsledku čoho sa ďalej nemôže vykonávať vyšetrovanie škodovej respektíve poistnej udalosti a ani poskytovať poistné plnenie.

V prípade ošetrovanej nepľnoletej osoby, vyplní zákonný zástupca

Meno a priezvisko zákonného zástupcu	Dátum narodenia
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Bydlisko	
<input type="text"/>	

V	dňa	Podpis ošetrovaného/zákonného zástupcu
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>



LEKÁRSKY DOTAZNÍK – DLHODOBÉ OŠETROVANIE ČLENA RODINY
VYPLNÍ OŠETRUJÚCI LEKÁR

Prosíme o vyplnenie nasledujúcich otázok. Za validný je považovaný iba kompletne vyplnený zdravotný dotazník. Náklady spojené s vyplnením tohto dotazníka hradí klient, ktorý môže preplatenie pokladničného dokladu uplatniť v MAXIMA pojišťovne, a. s.

Meno a priezvisko ošetrovaného				Rodné číslo	
Dátum začiatku ošetrovania člena rodiny	Ošetrovanie člena rodiny ukončené ku dňu	Ošetrovanie člena rodiny trvá?	Príčina ošetrovania člena rodiny		
		<input type="checkbox"/> Áno <input type="checkbox"/> Nie	<input type="checkbox"/> Úraz	<input type="checkbox"/> Choroba	

Uveďte, prosím, všetky diagnózy (v súlade s MKN10), na základe ktorých bolo vystavené ošetrovanie člena rodiny, kedy boli v minulosti prvýkrát zistené, a ako sa tieto diagnózy časovo podieľali na potrebe ošetrovania člena rodiny:

Diagnóza podľa MKCH 10	Dátum prvého záchytu	Časový podiel v rámci pracovnej 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, dátumy predchádzajúceho liečenia vyššie uvedených diagnóz:

Uveďte, prosím, na základe akej etiológie sú vyššie uvedené diagnózy (pokiaľ sa jedná o úrazovú etiológiu, prosím uveďte úrazový dej):

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

Došlo k poisťnej udalosti (ošetrovanie člena rodiny) v súvislosti s užitím alkoholu či omamných a psychotropných látok? ÁNO NIE

Bol pacient v súvislosti s vyššie uvedenými diagnózami indikovaný na operačné riešenie alebo hospitalizáciu?

Diagnóza	Dátum operácie/hospitalizácie
<input type="text"/>	<input type="text"/>

Je pacient v invalidnom alebo starobnom dôchodku? ÁNO NIE

Dátum priznania ID	Dátum odstránenia ID	Dg.:
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Je pacient v trvalej lekárskej starostlivosti pre iné chronické ochorenie? Ak áno, uveďte diagnózu a dátum prvého záchytu:

Pečiatka a podpis ošetrojúceho lekára

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



POTVRDENIE ZAMESTNÁVATEĽA

Toto potvrdenie sa vydáva pre MAXIMA poisťovnu, a. s., IČ 61328464

Týmto potvrdzujeme, že

Pan(i) Rodné číslo

Bytom

je/bol(a) zamestnancom našej spoločnosti od do

a nevykonáva/nevykonával(a) profesijnú činnosť z dôvodu ošetrovania člena rodiny od do

Pracovný pomer skončil ku dňu Dôvod ukončenia pracovného pomeru

V dňa

Vydáva

Telefón

Pečiatka a podpis zamestnávateľa

Vyplnené potvrdenie zašle poisťený spolu s ďalšími dokumentmi uvedenými na Oznámení poistnej udalosti na korešpondenčnú adresu pre SR:
MAXIMA poisťovna, a.s., Rajska 15, 811 01 Bratislava

