

OZNÁMENIE POISTNEJ UDALOSTI – INVALIDITA / ŤZP

Poistený (meno a priezvisko)

Dátum narodenia

Číslo zmluvy, ku ktorej máte uzatvorené poistenie schopnosti splácať úver

Rodné číslo

 invalidita ŤZPDátum vzniku poistnej udalosti
= uveďte presné dátum (deň, mesiac rok), od ktorého je Vám v rozhodnutí
priznaná invalidita alebo Vám bol vydaný preukaz ŤZP

Bola Vám v minulosti priznaná invalidita?

 ÁNO NIE

Od kedy Vám bola invalidita priznaná (deň, mesiac a rok)?

V prípade, že Vám bola invalidita odobraná, uveďte dátum kedy (deň, mesiac a rok):

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

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

Vaša kontaktná adresa:

Telefón

E-mail

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

Číslo bankového účtu pre príp. výplatu poistného plnenia:

(prosím 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 Prihlášky do poistenia
- vyplnený Lekársky dotazník (formulár priložený)
- kópia Rozhodnutia o priznaní invalidného dôchodku / nároku na preukaz ŤZP
- kópia lekárskej správy Sociálnej poisťovne, na základe ktorej bol priznaný invalidný dôchodok (zápisnica a odborný posudok o invalidite),
- kópia Uznesenia Polície SR (Protokolu Polície SR), alebo zahraničnej polície s overeným prekladom (doložiť v prípade, že invalidný dôchodok bol priznaný v súvislosti s dopravnou nehodou, popr. inou udalosťou, ktorú vyšetrovala polícia)
- 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 zoznámený/á s rámcovou poistnou zmluvou uzavretou medzi Maxima pojišťovnou, a.s. (ďalej len „poisťovňa“) a Home Creditom Slovakia, ktorou sa poistenie riadi.
- Som tiež zoznámený/á s informáciami o spracovaní osobných údajov, ktoré sú súčasťou rámcovej poistnej zmluvy, 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. Súhlasím, aby poisťovňa pri šetrení poistných udalostí požadovala a zisťovala všetky potrebné informácie pre posúdenie existencie skutočností, ktoré sú podmienkou výplaty poistného plnenia, vrátane informácií o mojom zdravotnom stave. Za týmto účelom je poisťovňa oprávnená:
 - komunikovať s mojimi lekármi a nahliadať do príslušnej časti mojej zdravotnej dokumentácie. Z týchto dôvodov zbavujem mlčanlivosti všetkých svojich poskytovateľov zdravotných služieb a dovoľujem im poskytnúť moju zdravotnú dokumentáciu,
 - komunikovať s príslušnými úradmi; pre tieto účely zmocňujem vecne príslušný úrad štátnej správy, aby poisťovni poskytol informácie potrebné na posúdenie existencie skutočností, ktoré sú podmienkou výplaty poistného plnenia (napr. rozsah invalidity podľa percentuálnej miery poklesu schopnosti vykonávať zárobkovú činnosť, držanie preukazu ŤZP). Splnomocňujem tiež poisťovňu, aby si vyžiadala informácie od zdravotnej poisťovne o službách hrazených z verejného zdravotného poistenia, ktoré mi boli poskytnuté. Súhlasím tiež s tým, aby poisťovňa zisťovala údaje o mojom nemocenskom a dôchodkovom poistení, a zbavujem orgány sociálneho zabezpečenia povinnosti zachovávať o týchto údajoch mlčanlivosť.
- Súhlasím, aby prípadné poistné plnenie bolo poukázané na vyššie uvedený bankový účet.

Oznamovateľ poistnej udalosti, pokiaľ je odlišný od poisteného (meno a priezvisko)

Rodné číslo

Kontaktná adresa

Telefón

E-mail

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

V

dňa

Podpis poisteného/oznamovateľa



LEKÁRSKY DOTAZNÍK – INVALIDITA PRE POKLES SCHOPNOSTI VYKONÁVAŤ ZÁROBKOVÚ ČINNOSŤ (VYPLNÍ LEKÁR)

Prosíme o vyplnenie nasledujúcich otázok. Za validný je považovaný iba kompletne vyplnený zdravotný dotazník. Náklady spojené s vyplnením tohoto dotazníku hradí klient, ktorý môže preplatenie pokladničného dokladu uplatniť u MAXIMA poisťovny, a.s.

Meno a priezvisko

Rodné číslo

Príčina invalidity / ŤZP

 Úraz Choroba

Uvedte, prosím, dátum priznania invalidity / ŤZP

Uvedte, prosím, diagnózy (v súlade s MKN10), na základe ktorých bola pacientovi priznaná invalidita (vrátane dáta prvotného záchytu v minulosti):

Diagnóza podľa MKN 10

1.

Dátum prvého záchytu

2. 3.

Uvedte, prosím, etiológiu vyššie uvedených ochorení (pokiaľ sa jedná o úrazovú etiológiu, prosím uvedte úrazový dej)

Uvedte, prosím, dáta predchádzajúceho liečenia vyššie uvedených diagnóz

Predchádzala invalidite pracovná neschopnosť?

Od Do Dg.:

Došlo k poistnej udalosti pod vplyvom alkoholu či omamných látok?

 ÁNO NIE

Bol príčinou poistnej udalosti pokus o suicidium?

 ÁNO NIE

Bol pacient pred priznaním invalidity / ŤZP v invalidnom alebo starobnom dôchodku?

 ÁNO NIE

Dátum priznania ID

Dátum odobrania ID

Dg.:

Je/bol pacient pred priznaním invalidity / ŤZP v trvalej lekárskej starostlivosti pre iné chronické ochorenie? Pokiaľ áno, uvedte prosím diagnózu a dátum prvého záchytu:

Pečiatka a podpis ošetrojúceho lekára

V

dňa

