

OZNÁMENÍ POJISTNÉ UDÁLOSTI - INVALIDITA III. STUPNĚ POJIŠŤENÉHO

Pojištěný (jméno a příjmení):	
Datum narození:	Rodné číslo:
Číslo smlouvy/karty, ke které máte uzavřeno pojištění invalidity III. stupně:	

Datum vzniku pojistné události = uveďte přesné datum (den, měsíc, rok), od kterého je Vám ČSSZ přiznán a vyplácen invalidní důchod z titulu invalidity III. stupně:		
Byl Vám v minulosti přiznán invalidní důchod?	ANO <input type="checkbox"/>	NE <input type="checkbox"/>
Pokud ano, jaký?	PLNÝ <input type="checkbox"/>	ČÁSTEČNÝ <input type="checkbox"/>
1. STUPNĚ <input type="checkbox"/> 2. STUPNĚ <input type="checkbox"/> 3. STUPNĚ <input type="checkbox"/>		
Od kdy Vám byl invalidní důchod přiznán (den, měsíc a rok)?		
V případě, že Vám byl invalidní důchod odebrán, uveďte datum kdy (den, měsíc a rok):		
Adresa ošetřujícího (praktického) lékaře (jméno, adresa, telefonní spojení):		
Adresa Policie ČR nebo v zahraničí a číslo jednacího spisu (prosíme vyplnit v případě, že se jednalo o dopravní nehodu, popř. událost, kterou šetřila policie):		

Vaše kontaktní adresa:	
Telefon:	E-mail: Uvedením e-mailové adresy souhlasím s jejím použitím pojišťovnou pro komunikaci týkající se této škodné události.
Číslo Vašeho bankovního účtu pro příp. výplatu pojistného plnění: <i>(prosím uveďte celé číslo účtu, včetně předčíslí a směrového kódu banky)</i>	

Podpisem tohoto tiskopisu prohlašuji, že jsem majitelem výše uvedeného účtu.

V případě, že majitelem výše uvedeného účtu je jiná osoba uveďte následující údaje jeho majitele

Jméno a příjmení:	
Rodné číslo (nemá-li, pak datum narození)	
Adresa trvalého pobytu (ulice, číslo, město, PSČ)	
Státní příslušnost:	

Tento vyplněný formulář, prosím, zašlete na adresu **BNP Paribas Cardif Pojišťovny, a.s.**, spolu s následujícími dokumenty:

- kopie smlouvy (kompletní znění), ke které máte uzavřeno pojištění invalidity III. stupně, včetně přihlášky k pojištění
- kopie Rozhodnutí o přiznání invalidity III. stupně vystaveného Českou správou sociálního zabezpečení s vyznačeným datem, od kterého Vám byla invalidita III. stupně přiznána
- vyplněný lékařský dotazník (formulář přiložen)
- kopie Posudku o invaliditě vystaveného Okresní správou sociálního zabezpečení
- kopie Usnesení Policie ČR (Protokolu Policie ČR), nebo zahraniční policie s ověřeným překladem (doložit v případě, že invalidní důchod III. stupně byl přiznán v souvislosti s dopravní nehodou, popř. jinou událostí, kterou šetřila policie)

Škodní událost vyřizuje BNP Paribas Cardif Pojišťovna, a.s., pověřený Administrátor pojistných událostí:

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. 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 pojistitel, 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 pojistitel, administrátor pojistných událostí nebo jimi pověřený provozovatel zdravotnického zařízení získával 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 pojistitele podrobím absolvování prohlídky nebo lékařského vyšetření provedeného lékařským zařízením, které pojistitel, 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 pojistiteli nebo administrátorovi pojistných událostí pro účely šetření a likvidace škodní resp. pojistné události, pokud si je vyžádá. Zplnomocňuji pojistitele 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 pojistitel nebo administrátor pojistných událostí zjišťoval 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.

V..... dne Podpis oznamovatele:

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 před Českou obchodní inspekci je skutečnost, že se stěžovateli nepodařilo vyřešit spor přímo s pojišťovnou.

Škodní událost vyřizuje BNP Paribas Cardif Pojišťovna, a.s., pověřený Administrátor pojistných událostí:



LÉKAŘSKÝ DOTAZNÍK – INVALIDITA III. STUPNĚ
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 BNP Paribas Cardif Pojišťovna, a.s.

Jméno a příjmení:	Rodné číslo:	
Příčina invalidity III. stupně:	Úraz <input type="checkbox"/> Nemoc <input type="checkbox"/>	
Uveďte, prosím, datum přiznání invalidity III. stupně:		
Uveďte, prosím, diagnózy (v souladu s MKN10), na základě kterých byla pacientovi přiznána invalidita III. stupně (včetně data prvotního záchytu v minulosti):		
Diagnóza dle MKN 10:	Datum prvního záchytu:	
1.		
2.		
3.		
Uveďte, prosím, etiologii výše uvedených onemocnění (pokud se jedná o úrazovou etiologii, prosím uveďte úrazový děj):		
Uveďte, prosím, data předchozího léčení výše uvedených diagnóz:		
Předcházela invaliditě III. stupně pracovní neschopnost?	Od..... Do..... Dg.:	
Došlo k pojistné události pod vlivem alkoholu či omamných látek?	Ano <input type="checkbox"/> Ne <input type="checkbox"/>	
Byl příčinou pojistné události pokus o suicidium?	Ano <input type="checkbox"/> Ne <input type="checkbox"/>	
Byl pacient před přiznáním invalidity III. stupně v invalidním nebo starobním důchodu?	Ano <input type="checkbox"/> Ne <input type="checkbox"/>	
Datum přiznání ID:	Datum odebrání ID:	Dg.:
Je/byl pacient před přiznáním invalidity III. stupně v trvalé lékařské péči pro jiné chronické onemocnění? Pokud ano, uveďte prosím diagnózu a datum prvního záchytu:		

V.....

dne.....

Razítko a podpis ošetřujícího lékaře

Škodní událost vyřizuje BNP Paribas Cardif Pojišťovna, a.s., pověřený Administrátor pojistných událostí: