

# OZNÁMENÍ POJISTNÉ UDÁLOSTI - ONEMOCNĚNÍ



MAXIMA pojišťovna, a.s. • Italská 1583/24, 120 00 Praha 2, ČR • email: lpu@maxima-as.cz • infolinka: +420 273 190 400  
IČ: 61328464 • zapsaná v OR Městského soudu v Praze pod RgB 3314 (pojistitel)

Prezenční razítko

Formulář je možné vyplnit elektronicky. Vyplňte přední stranu tohoto formuláře slovy, druhou stranu předložte k vyplnění svému lékaři. Za vyplnění uhradíte jím účtovaný honorář, neboť jde o zdravotní výkon, který nesleduje léčebný účel a je proveden na Vaši žádost a ve Vašem osobním zájmu. Náklady spojené s vyplněním zprávy lékaře pojistitel nehradí.

Číslo pojistné smlouvy

## Údaje o pojištěném

Jméno a příjmení

Rodné číslo

Adresa bydliště

Korespondenční adresa

E-mail

Telefonní kontakt

Povolání - oblast podnikání:

Jste pravák nebo levák

## Pojistná událost

Druh pojistné události

- hospitalizace následkem nemoci  pracovní neschopnost následkem nemoci  invalidita následkem nemoci  velmi vážná onemocnění

Adresa zdravotnického zařízení, které Vám poskytlo první ošetření

Datum

Adresa zdravotnického zařízení, kde probíhalo další léčení

Název / kód Vaší zdravotní pojišťovny

Jméno a adresa Vašeho praktického lékaře, u kterého máte kompletní zdravotní dokumentaci

Byla postižená část těla (nebo toto onemocnění) již dříve léčena? Pokud ano, kdy a kde?

Povolání v době vzniku pojistné události (vyberte jednu ze tří možností, doplňte požadované údaje a přiložte požadované doklady):

a)  zaměstnanec uveďte povolání  doložte kopii pracovní neschopnosti potvrzenou razítkem zaměstnavatele

b)  OSVČ jste plátcem nemocenského pojištění?  Ano doložte potvrzení OSSZ o čerpání nemocenských dávek

Ne doložte potvrzení OSSZ, od kdy nejste plátcem

c)  jiné vyplňte jednu z možností  (např. dítě, rodič na MD, nezaměstnaný)

Byly okolnosti události vyšetřovány, a pokud ano, kým (doložte protokol PČR, soudní rozsudek, atd.)?

V případě vzniku invalidity následkem nemoci uveďte datum přiznání, stupeň a důvod invalidity (doložte rozhodnutí ČSSZ o přiznání invalidity)

V případě hlášení pojistné události velmi vážného onemocnění, uveďte diagnózu velmi vážného onemocnění a doložte lékařské zprávy uvedené v definici předmětného velmi vážného onemocnění

Číslo bankovního účtu pro zaslání pojistného plnění

Prohlašuji, že všechny údaje jsem uvedl/a pravdivě a úplně a že nárok na plnění z úrazu uplatňuji jen na tomto tiskopisu. Jsem si vědom/a právních důsledků neúplných nebo nepravdivých odpovědí na povinnosti pojistitele plnit. Při uvedení nepravdivých, hrubě zkreslených údajů nebo zamlčením podstatných údajů se vystavuji možnosti postihu podle trestního zákona. Souhlasím, aby si pojistitel vyžádal potřebnou zdravotní dokumentaci o mém léčení a zdravotním stavu pro potřeby šetření pojistné události. Tento souhlas uděluji k vyřizování pojistné události i na dobu po mé smrti a dále zmocňuji lékaře, zdravotnické zařízení k vyhotovení lékařských zpráv, výpisu ze zdravotní dokumentace či k její zapůjčení. V souladu s § 55 odst. 2 zákona č. 20/1966 Sb., o péči o zdraví lidu, opravňuji příslušného lékaře, aby pojistiteli na jeho žádost poskytl požadované informace tak, jak je povinen je poskytovat pacientovi podle § 67b odst. 12 cit. zákona.

Podpis pojištěného, příp. zákonného zástupce  
(v případě zák. zástupce, uveďte jméno, příjmení a RČ)

Podepsáno v

Dne

# LÉKAŘSKÁ ZPRÁVA

Informace pro lékaře:

Odměnu za vyplnění tohoto tiskopisu Vám uhradí pojištěný, příp. zákonný zástupce. Prosíme o čitelné vyplnění všech údajů a doložení kopií požadovaných dokumentů. Nestačí-li pro požadované údaje místo, uveďte je na samostatném listu jako přílohu.

**Lékař potvrzuje, že ošetřoval pojištěného, který je uveden na první straně tohoto tiskopisu a zjistil následující onemocnění:**

Kdy byla diagnóza/y poprvé stanovena/y (datum)

Uveďte diagnózy dle MKN-10 (vč. doby léčení od - do) a popis onemocnění. V případě více diagnóz uveďte pro každou diagnózu s dobou léčení (od - do). Případně přiložte kopie příslušné lékařské dokumentace.

Popis onemocnění	Diagnóza dle MKN-10	Doba léčení (od - do)
1.		
2.		
3.		
4.		
5.		

Datum indikace k případnému operačnímu zákroku

(pokud proběhl operační zákrok, doložte prosím operační nález a kopii operačního protokolu)

Kdy se objevily první obtíže evidované ve zdravotní dokumentaci klienta (měsíc, rok), které byly v příčinné souvislosti s nynějším onemocněním, a o jaké příznaky se jednalo (popište chronologicky a přiložte kopie příslušné lékařské dokumentace)?

Kde byl pojištěný hospitalizován (doložte kopii propouštěcí zprávy)?

od

do

Doba léčení v pracovní neschopnosti od

do

(u osob, u kterých se pracovní neschopnost nevystavuje - například OSVČ, vyplňte dobu léčení, na kterou by jinak pracovní neschopnost vystavena byla)

Jiná zdravotní sdělení lékaře

Název zdravotního zařízení nebo jméno lékaře

Adresa, název oddělení

Telefon

Podepsáno v

Dne

Razítko a podpis lékaře