

Číslo pojistné smlouvy

ze dne

Lékař provádějící vyšetření

Jméno

Adresa

Telefon

Ordinační hodiny

Vážený pane doktore/ Vážená paní doktorko,

dovolujeme si Vás zdvořile požádat o provedení níže uvedených vyšetření a vyplnění tiskopisu Malá/Velká lékařská zpráva. Po kompletaci podkladů prosíme o jejich doporučené zaslání na adresu: MAXIMA pojišťovna, a.s., Italská 1583/24, 120 00 Praha 2.

Děkujeme za spolupráci.

MAXIMA pojišťovna, a.s.

Údaje o pojištěném, u kterého provedete vyšetření

Nezapomeňte prosím před vyšetřením na kontrolu totožnosti pojištěného dle OP.

Příjmení, jméno, titul pojištěného

Datum narození

Rodné číslo

Adresa - ulice (místo), č.p.

Telefon

Údaje o pojištění

Pojistná částka (PČ) pro pojištění pro případ smrti*)

Požadovaná vyšetření dle věku pojištěného a sjednané PČ pro dané riziko

Pojištění pro případ smrti

PČ 2 500 001 – 4 000 000 Kč a věk > 18 – 70 let

 Prohlídka – TYP A

EKG s hrudními a unipolárními svody (vždy přiložte křivku a popis);

malý chemický laboratorní nález – laboratorní určení obsahu cukru v krvi nalačno, celkového cholesterolu, GMT, vyšetření moči.

PČ 4 000 001 – 5 000 000 Kč a věk > 18 – 70 let

 Prohlídka – TYP B

EKG s hrudními a unipolárními svody (vždy přiložte křivku a popis);

malý chemický laboratorní nález – laboratorní určení obsahu cukru v krvi nalačno, celkového cholesterolu, GMT, vyšetření moči + TGL, KO, ALT, Kyselina močová

PČ 5 000 001 – x Kč a věk > 18 – 70 let

 Prohlídka – TYP C

EKG s hrudními a unipolárními svody (vždy přiložte křivku a popis);

velký chemický laboratorní nález – určení celkového krevního obrazu + diferenciál, obsahu cukru v krvi nalačno, kreatininu, kyseliny močové, celkového cholesterolu, triglyceridů, celkového bilirubinu, AST, ALT, GMT, testu HIV a laboratorní analýzy moči + sediment; rentgen hrudníku (srdce, plíce) – vždy prosím přiložte popis

Číslo zástupce pojistitele

Datum

Telefon zástupce pojistitele

Jméno a podpis zástupce pojistitele

Informace pro zástupce pojistitele:

V horní části tiskopisu prosím vyplňte jméno, adresu, telefon a ordinační hodiny vyšetřujícího lékaře, dále vyplňte kolonku údaje o pojištěném a o pojištění a zaškrtněte dle výše pojistných částek požadovaný rozsah vyšetření.

*) Do kolonek pojistné částky uveďte prosím součet pojistných částek pro uvedené riziko u všech pojištěných smluv sjednaných u MAXIMA pojišťovny, a.s.