

## OZNÁMENÍ POJISTNÉ UDÁLOSTI – PRACOVNÍ NESCHOPNOST POJIŠTĚNÉHO

Pojištěný (jméno a příjmení):	
Datum narození:	Rodné číslo:
Číslo smlouvy/karty, ke které máte uzavřeno pojištění rizika pracovní neschopnosti:	

K pracovní neschopnosti došlo v důsledku:	NEMOCI <input type="checkbox"/>	ÚRAZU <input type="checkbox"/>
Popište stručně Vaše onemocnění/úraz:		
Datum vzniku pojistné události = uveďte, prosím, den, měsíc a rok zahájení (počátku) pracovní neschopnosti:		
Byl jste k datu vzniku pojistné události v zaměstnaneckém poměru? (pokud již nejste zaměstnán/a v pracovním poměru, prosíme Vás o doložení kopie Zápočtového listu)	ANO <input type="checkbox"/>	NE <input type="checkbox"/>
Jste osoba samostatně výdělečně činná (OSVČ)? (prosíme Vás o doložení výpisu z živnostenského rejstříku)	ANO <input type="checkbox"/>	NE <input type="checkbox"/>
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):		

Byl mi přiznán starobní důchod:	ANO <input type="checkbox"/>	NE <input type="checkbox"/>	od: _____ (přesné datum)	
Byla mi přiznána invalidita :	ANO <input type="checkbox"/>	NE <input type="checkbox"/>	od: _____ (přesné datum)	Stupeň:

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:	

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

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 rizika pracovní neschopnosti, včetně přihlášky k pojištění
- kopie Potvrzení pracovní neschopnosti s uvedeným datem počátku pracovní neschopnosti s vyznačením pravidelných kontrol u lékaře a čitelnou adresou lékaře
- vyplněný lékařský dotazník (formulář přiložen)
- došlo-li k hospitalizaci, propouštěcí zprávu z nemocničního zařízení (kopie s čitelnou adresou lékaře)
- potvrzení zaměstnavatele nebo výpis z živnostenského rejstříku, pokud jste osoba samostatně výdělečně činná (OSVČ) nebo kopii zápočtového listu
- kopie Usnesení Policie ČR (Protokolu Policie ČR), nebo zahraniční policie s ověřeným překladem (doložit v případě, že se jednalo o dopravní nehodu, popř. jinou událost, kterou šetřila policie)

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](http://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:



**POTVRZENÍ ZAMĚSTNAVATELE**

Toto potvrzení se vydává pro BNP Paribas Cardif Pojišťovnu, a.s., IČ 25080954

Tímto potvrzujeme, že

pan(i) .....

r.č. ....

bytem .....

je/byl(a) zaměstnancem naší společnosti od ..... do.....

a nevykonává/nevykonával(a) profesní činnost z důvodu dočasné pracovní neschopnosti

od ..... do.....

V ..... dne .....

Vystavil/a: .....

Telefon: .....

.....  
Razítko a podpis zaměstnavatele

Vyplněné potvrzení zašle pojištěný spolu s dalšími dokumenty uvedenými na Oznámení pojistné události na adresu BNP Paribas Cardif Pojišťovny, a.s., Plzeňská 3217/16, P.O. Box 32, 150 00 Praha 5

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