

OZNÁMENÍ POJISTNÉ UDÁLOSTI - INVALIDITA / ZTP/P POJIŠTĚNÉHO

Pojištěný (jméno a příjmení)	Datum narození
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Číslo smlouvy, ke které máte uzavřeno pojištění schopnosti splácet úvěr	Rodné číslo
<input type="text"/>	<input type="text"/>

invalidita ZTP/P Datum vzniku pojistné události
= uveďte přesné datum (den, měsíc, rok), od kterého je Vám v posudku OSSZ
přiznána invalidita / ZTP/P

Byl Vám v minulosti přiznán invalidní důchod? ANO NE

Pokud ano, jaký? plný částečný

1. stupně 2. stupně 3. stupně

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:
(prosím uveďte celé číslo účtu, včetně předčíslí a směrového kódu banky)

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)
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Adresa trvalého pobytu (ulice, číslo, město, PSČ)	Státní příslušnost
<input type="text"/>	<input type="text"/>

Tento vyplněný formulář, prosím, zašlete na adresu MAXIMA pojišťovny, a.s., spolu s následujícími dokumenty:

- vyplněný lékařský dotazník (formulář přiložen)
- kopie Posudku o invaliditě / vydání ZTP/P vystavené Českou/Okresní správou sociálního zabezpečení
- kopie Rozhodnutí České/Okresní správy sociálního zabezpečení ve věci žádosti o invalidní důchod
- kopie průkazu ZTP/P vydaného příslušnou krajskou pobočkou Úřadu práce včetně kopie Lékařského posudku
- kopie Usnesení Policie ČR (Protokolu Police 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)
- případně další dokumenty, které si pojišťovna vyžádá.



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. (dále jen „pojišťovna“) a pojistníkem Zonky (dále jen „pojistník“), kterou se pojištění řídí.

Jsem též seznámen/a s poučením o zpracování osobních údajů, které je její 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 pojišťovna nebo jí 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 resppektive pojistné události ani se neposkytuje pojistné plnění. Souhlasím, aby pro účely šetření a likvidace škodní resppektive pojistné události pojišťovna nebo jí pověřený provozovatel zdravotnického zařízení získával informace o mém zdravotním stavu prostřednictvím lékařských zpráv a zdravotnické dokumentace vyžádaných od kteréhokoliv poskytovatele zdravotních služeb, který mi poskytl zdravotní službu.

Souhlasím též s tím, že se na žádost pojišťovny podrobím absolvování prohlídky nebo lékařského vyšetření provedeného lékařským zařízením, které pojišťovna 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 pojišťovně pro účely šetření a likvidace škodní resppektive pojistné události, pokud si je vyžádá. Zplnomocňuji pojišťovnu, aby si vyžádala informace od zdravotní pojišťovny o službách hrazených z veřejného zdravotního pojištění, které mi byly poskytnuty. Souhlasím též s tím, aby pojišťovna zjišťovala 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 na výše uvedený bankovní účet.

V dne

Podpis oznamovatele

Za účelem mimosoudního řešení sporu v životním pojištění se lze obrátit na finančního arbitra (www.financniarbitr.cz). 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 je skutečnost, že se stěžovateli nepodařilo vyřešit spor přímo s pojišťovnou.



LÉKAŘSKÝ DOTAZNÍK – INVALIDITA / ZTP/P

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 MAXIMA pojišťovny, a.s.

Jméno a příjmení

Rodné číslo

 invalidita ZTP/P

Příčina invalidity / ZTP/P

 Úraz Nemoc

Uvedte, prosím, datum přiznání invalidity / ZTP/P

Uvedte, prosím, diagnózy (v souladu s MKN10), na základě kterých byla pacientovi přiznána invalidita / ZTP/P (včetně data prvotního záchytu v minulosti):

Diagnóza dle MKN 10

1.

Datum prvního záchytu

2. 3.

Uvedte, prosím, etiologii výše uvedených onemocnění (pokud se jedná o úrazovou etiologii, prosím uveďte úrazový děj)

Uvedte, prosím, data předchozího léčení výše uvedených diagnóz

Předcházela invaliditě / ZTP/P pracovní neschopnost?

Od Do Dg.:

Došlo k pojistné události pod vlivem alkoholu či omamných látek?

 ANO NE

Byl příčinou pojistné události pokus o suicidium?

 ANO NE

Byl pacient před přiznáním invalidity / ZTP/P v invalidním nebo starobním důchodu?

 ANO NE

Datum přiznání ID

Datum odebrání ID

Dg.:

Je/byl pacient před přiznáním invalidity / ZTP/P v trvalé lékařské péči pro jiné chronické onemocnění? Pokud ano, uveďte prosím diagnózu a datum prvního záchytu:

Razítko a podpis ošetřujícího lékaře

V dne