

OZNÁMENÍ POJISTNÉ UDÁLOSTI - OŠETŘOVÁNÍ ČLENA RODINY

Pojištěný (jméno a příjmení)

Datum narození

Číslo smlouvy, ke které máte uzavřeno pojištění schopnosti splácet úvěr

Rodné číslo

Datum vzniku pojistné události = uveďte prosím datum počátku ošetřování člena rodiny

Popište stručně důvod ošetřování člena rodiny

Ošetřovatel, který se stará o člena rodiny, je:

 pojištěný manžel/ka pojištěného druh/družka registrovaný partner/ka pojištěného

Jméno a příjmení

Rodné číslo

Nemocný člen rodiny, o kterého se ošetřovatel stará, je jeho:

 manžel/ka dítě rodič druh/družka registrovaný partner/ka jiný člen rodiny žijící ve společné domácnosti

jiný - uveďte:

Jméno a příjmení

Rodné číslo

Byla pojištěnému přiznána invalidita:

 NE ANO

od

do

Stupeň:

Adresa ošetřujícího (praktického) lékaře (jméno, adresa, telefonní spojení):

Adresa Policie ČR a číslo jednacího spisu, pokud událost 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)

Adresa trvalého pobytu (ulice, číslo, město, PSČ)

Státní příslušnost

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

- kopie Potvrzení o ošetřování člena rodiny s uvedeným datem počátku ošetřování / kopie Rozhodnutí ošetřujícího lékaře zdravotnického zařízení o potřebě ošetřování ošetřovaného
- vyplněný Lékařský dotazník (formulář přiložen)
- v případě dlouhodobé pomoci kopii Rozhodnutí o přiznání příspěvku na péči od Úřadu práce ČR
- vyplněný a podepsaný Souhlas ošetřovaného se zpracováním údajů o zdravotním stavu (na druhé straně tohoto formuláře)
- kopie výpisu ze zdravotní dokumentace o průběhu léčby ošetřovaného člena rodiny, nebo kopii lékařské zprávy z prvotního zachycení nemoci nebo kopii lékařské zprávy z prvotního ošetření bezprostředně po úrazu
- Potvrzení zaměstnavatele (formulář přiložen)
- doklad potvrzující vztah ošetřovatele k ošetřovanému
- doklad prokazující vztah ošetřovatele, není-li jím pojištěný, k pojištěnému
- kopie Usnesení Policie ČR (Protokolu Policie ČR) nebo zahraniční policie s ověřeným překladem
- 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 je nezbytné pro výkon pojišťovací činnosti a plnění práv a povinností vyplývajících z pojistné smlouvy. Beru na vědomí, že odvoláním tohoto souhlasu pojištění zaniká a dále se neprovádí šetření škodní resppektive pojistné události ani se neposkytuje pojistné plnění.

Souhlasím 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

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.

SOUHLAS OŠETŘOVANÉHO SE ZPRACOVÁNÍM ÚDAJŮ O ZDRAVOTNÍM STAVU PRO ÚČELY ŠETŘENÍ POJISTNÉ UDÁLOSTI A VÝPLATY POJISTNÉHO PLNĚNÍ

Ošetřovaný (nemocný člen rodiny)

Jméno a příjmení Rodné číslo
Bydliště

tímto uděluje souhlas, aby si pojišťovna vyžádala potřebnou zdravotní dokumentaci o mém léčení a zdravotním stavu pro potřeby šetření pojistné události. Tento souhlas uděluji na dobu vyřizování pojistné události, max. po dobu trvání promlčecí doby nároků vyplývajících z pojistné události. Zmocňuji lékaře a zdravotnické zařízení k vyhotovení lékařských zpráv, výpisu ze zdravotní dokumentace či k jejímu zapůjčení. Zbavuji mlčenlivosti příslušného lékaře a zdravotnické zařízení, aby pojišťovna na její žádost poskytli požadované informace v rozsahu, v jakém jsou povinni je poskytovat pacientovi.

Beru na vědomí, že odvoláním tohoto souhlasu pojišťovna přestane zpracovávat osobní údaje ošetřovaného, v důsledku čehož se dále nemůže provádět šetření škodní resppektive pojistné události a ani poskytovat pojistné plnění.

V případě ošetřované nezletilé osoby, vyplní zákonný zástupce

Jméno a příjmení Datum narození
Bydliště

V dne



LÉKAŘSKÝ DOTAZNÍK – OŠETŘOVÁNÍ ČLENA RODINY

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 ošetřovaného		Rodné číslo	
<input type="text"/>		<input type="text"/>	
Datum počátku ošetřování člena rodiny	Ošetřování člena rodiny ukončeno ke dni	Ošetřování člena rodiny trvá?	Příčina ošetřování člena rodiny
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Ano <input type="checkbox"/> Ne	<input type="checkbox"/> Úraz <input type="checkbox"/> Nemoc

Uveďte, prosím, veškeré diagnózy (v souladu s MKN10), na základě kterých bylo vystaveno ošetřování člena rodiny, kdy byly v minulosti poprvé zjištěny, a jak se tyto diagnózy časově podílely na potřebě ošetřování člena rodiny:

Diagnóza dle MKN 10	Datum prvního záchytu	Časový podíl v rámci pracovní neschopnosti
1. <input type="text"/>	<input type="text"/>	od <input type="text"/> do <input type="text"/>
2. <input type="text"/>	<input type="text"/>	od <input type="text"/> do <input type="text"/>
3. <input type="text"/>	<input type="text"/>	od <input type="text"/> do <input type="text"/>

Uveďte, prosím, data předchozího léčení výše uvedených diagnóz

Uveďte, prosím, na základě jaké etiologie jsou výše uvedené diagnózy (pokud se jedná o úrazovou etiologii, prosím uveďte úrazový děj):

1. diagnóza	<input type="text"/>
2. diagnóza	<input type="text"/>
3. diagnóza	<input type="text"/>

Došlo k pojistné události (ošetřování člena rodiny) v souvislosti s užitím alkoholu či omamných a psychotropních látek? ANO NE

Byl pacient v souvislosti s výše uvedenými diagnózami indikován k operačnímu řešení či hospitalizaci?

Diagnóza	Datum operace/hospitalizace
<input type="text"/>	<input type="text"/>

Je pacient v invalidním nebo starobním důchodu? ANO NE

Datum přiznání ID	Datum odebrání ID	Dg.:
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Je pacient v trvalé lékařské péči pro jiné chronické onemocnění? Pokud ano, uveďte diagnózu a datum prvního záchytu:

Razítko a podpis ošetřujícího lékaře

V	dne	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

POTVRZENÍ ZAMĚSTNAVATELE

Toto potvrzení se vydává pro MAXIMA pojišťovnu, a.s., IČ 61328464

Tímto potvrzujeme, že

pan(i) rodné číslo

bytem

je/byl(a) zaměstnancem naší společnosti od do

a nevykonává/nevykonával(a) profesní činnost z důvodu ošetřování člena rodiny od do

Pracovní poměr skončil ke dni Důvod ukončení pracovního poměru

V dne

Vystavil/a

Telefon

Razítko a podpis zaměstnavatele

Vyplněné potvrzení zašle pojištěný spolu s dalšími dokumenty uvedenými na Oznámení pojistné události na adresu MAXIMA pojišťovny, a.s., Italská 1583/24, 120 00 Praha 2 Vinohrady

