

OZNÁMENÍ POJISTNÉ UDÁLOSTI - PRACOVNÍ NESCHOPNOST POJIŠTĚNÉHO

Pojištěný (jméno a příjmení)

Datum narození

Číslo smlouvy, ke které máte uzavřeno pojištění schopnosti splácet úvěr

Rodné číslo

K pracovní neschopnosti došlo v důsledku

 Nemoci Úrazu

Datum vzniku pojistné události = uveďte, prosím, den, měsíc a rok zahájení (počátku) pracovní neschopnosti

Popište stručně Vaše onemocnění/úraz:

Byl/a jste k datu vzniku pojistné události v zaměstnaneckém poměru?

(doložte prosím potvrzení zaměstnavatele (formulář) nebo kopii Zápočtového listu)

 ANO NE**Jste osoba samostatně výdělečně činná (OSVČ)?**

(doložte prosím výpis z živnostenského rejstříku)

 ANO NE

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 pojištěnému přiznán starobní důchod:

 ANO NE

od

 (přesné datum)

Byla pojištěnému přiznána invalidita:

 ANO NE

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:

(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 pracovní neschopnosti s uvedeným datem počátku pracovní neschopnosti s vyznačením pravidelných kontrol u lékaře a čitelnou adresou lékaře / v případě, že jste OSVČ jakékoliv jiné potvrzení lékaře s podpisem 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)
- 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 resp. pojistné události ani se neposkytuje pojistné plnění. Souhlasím, aby pro účely šetření a likvidace škodní resp. pojistné události pojišťovna nebo jí 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 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 resp. 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

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 – PRACOVNÍ NESCHOPNOST POJIŠTĚNÉHO 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

Datum počátku pracovní neschopnosti

Pracovní neschopnost ukončena k datu

Pracovní neschopnost trvá?

 Ano Ne

Příčina pracovní neschopnosti

 Úraz Nemoc

Uveďte, prosím, veškeré diagnózy (v souladu s MKN10), na základě kterých byla vystavena pracovní neschopnost, kdy byly v minulosti poprvé zjištěny, a jak se tyto diagnózy časově podílely na pracovní neschopnosti:

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 (pracovní neschopnosti) 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

Je pacient v invalidním nebo starobním důchodu?

 ANO NE

Datum přiznání ID

Datum odebrání ID

Dg.:

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



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 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 MAXIMA pojišťovny, a.s., Italská 1583/24, 120 00 Praha 2 Vinohrady

