

OZNÁMENÍ POJISTNÉ UDÁLOSTI - HOSPITALIZACE

Pojištěný (jméno a příjmení)

Datum narození

Číslo smlouvy, ke které máte uzavřeno pojištění schopnosti splácet úvěr

Rodné číslo

K hospitalizaci došlo v důsledku:

 Nemoci Úrazu

K hospitalizaci došlo v období: (prosím uveďte přesné datum, tj. den, měsíc a rok)

Od Do

Uveďte diagnózu a popis vzniku onemocnění/úrazu, v důsledku které jste byl/a hospitalizován/a:

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

(pokud nejste zaměstnán/a v pracovním poměru, doložte prosím kopii Zápočtového listu)

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

(doložte prosím výpis z živnostenského rejstříku)

 ANO NE

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 propouštěcí zprávy z nemocničního zařízení s čitelnou adresou lékaře,
- kopie potvrzení o poskytnutí nemocniční lůžkové péče,
- kopii potvrzení o hospitalizaci (v případě dlouhodobé hospitalizace),
- kopii překladové zprávy z nemocničního zařízení, pokud byla pojištěnému vydána,
- kopie lékařské zprávy s uvedením diagnózy, pro kterou byl pojištěný hospitalizován,
- pro případ následné rekonvalescence kopie potvrzení pracovní neschopnosti s uvedeným datem počátku pracovní neschopnosti, s vyznačením pravidelných kontrol u lékaře a čitelnou adresou lékaře,
- 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.

Jako pojištěná osoba:

- Jsem též seznámen/a s poučením o zpracování osobních údajů, uvedeném na webových stránkách pojišťovny, 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 s tím, aby pojišťovna nebo jí pověřený provozovatel zdravotnického zařízení zjišťovali, získávali a zpracovávali informace a údaje o mém zdravotním stavu.
- 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

Podpis pojištěného/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) nebo na Kancelář ombudsmana České asociace pojišťoven (www.ombudsmancap.cz). Podmínkou zahájení postupu mimosoudního řešení sporu je skutečnost, že se stěžovateli nepodařilo vyřešit spor přímo s pojišťovnou.

