

OZNÁMENÍ POJISTNÉ UDÁLOSTI - INVALIDITA / ZTP/P POJIŠTĚNÉHO

Pojištěný (jméno a příjmení)

Datum narození

Číslo všech úvěrových smluv, ke kterým máte sjednáno pojištění schopnosti splácet úvěr

Rodné číslo

 invalidita ZTP/PDatum 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)

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

Státní příslušnost

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.

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 zjistili, 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

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.



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
<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> invalidita <input type="checkbox"/> ZTP/P	Příčina invalidity / ZTP/P
	<input type="checkbox"/> Úraz <input type="checkbox"/> Nemoc
	Uvedte, prosím, datum přiznání invalidity / ZTP/P
	<input type="text"/>

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	Datum prvního záchytu
1. <input type="text"/>	<input type="text"/>
2. <input type="text"/>	<input type="text"/>
3. <input type="text"/>	<input type="text"/>

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

