

**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?

 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 v ČR nebo v zahraničí a číslo jednacího spisu (prosíme vyplnit v případě, že se jednalo o dopravní nehodu, popř. událost, kterou šetřila policie):

Byl Vám přiznán starobní důchod:

 ANO  NE

od

 (přesné datum)

Byla Vám 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 bankovního účtu pro příp. výplatu pojistného plnění:

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

**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
- 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:

- Potvrzuji, že jsem seznámen/a s rámcovou pojistnou smlouvou uzavřenou mezi Maxima pojišťovnou, a.s. a pojistníkem, kterou se pojištění řídí.
- Jsem též seznámen/a s poučením o zpracování osobních údajů, které je jejich 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, administrátor pojistných událostí nebo jimi 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, administrátor pojistných událostí nebo jimi pověřený provozovatel zdravotnického zařízení získávali 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 nebo administrátor pojistných událostí 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 nebo administrátorovi pojistných událostí pro účely šetření a likvidace škodní resp. pojistné události, pokud si je vyžádá. Zplnomocňuji pojišťovnu a administrátora pojistných událostí, aby si vyžádali informace od zdravotní pojišťovny o službách hrazených z veřejného zdravotního pojištění, které mi byly poskytnuty. Souhlasím též s tím, aby pojišťovna nebo administrátor pojistných událostí zjišťovali 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 přímo pojistníkovi, pokud je dle rámcové pojistné smlouvy oprávněnou osobou, nebo na výše uvedený bankovní účet.

Oznamovatel pojistné události, pokud je odlišný od pojištěného (jméno a příjmení)

Rodné číslo

Kontaktní adresa

Telefon

E-mail

Uvedením údajů souhlasím s jejich použitím pojišťovnou pro zpracování a komunikaci týkající se této škodné události.

V

dne

Podpis pojištěného/oznamovatele

Za účelem mimosoudního řešení sporu v životním pojištění se lze obrátit na finančního arbitra ([www.financniarbitr.cz](http://www.financniarbitr.cz)). Za účelem mimosoudního řešení sporu v neživotním pojištění se lze obrátit na Českou obchodní inspekci ([www.adr.coi.cz](http://www.adr.coi.cz)). Podmínkou zahájení postupu mimosoudního řešení sporu je skutečnost, že se stěžovateli nepodařilo vyřešit spor přímo s pojišťovnou.

