

Kdo škodu hlásí:

Číslo pojistné smlouvy:

Datum hlášení:

Vyplňte všechna rizika, která chcete nahlásit

Velmi vážná onemocnění

Datum prvních obtíží diagnózy

Uveďte diagnózu onemocnění

Bylo toto onemocnění již dříve léčeno? ano ne

Zdravotnické zařízení, kde proběhlo první ošetření

Název

Adresa

Pracovní neschopnost

Pracovní neschopnost od

Uveďte diagnózu onemocnění

Bylo toto onemocnění již dříve léčeno? ano ne

Zdravotnické zařízení, kde proběhlo první ošetření

Název

Adresa

Další informace

Skončila již pracovní neschopnost? ano ne
Pokud ano, uveďte přesné datum ukončení

Druh výdělečné činnosti v době vzniku pojistné události?

Má pojištěný vystavenou e-neschopenku?

Byl pojištěnému přiznán starobní důchod? ano ne
Pokud ano, uveďte datum přiznání

Byla pojištěnému přiznána invalidita? ano ne
Pokud ano, uveďte datum přiznání

Hospitalizace

Datum hospitalizace od

Skončila již hospitalizace?
Pokud ano, uveďte datum ukončení

ano ne

Uveďte diagnózu v důsledku,
které byla nutná hospitalizace

Invalidita

K jaké pojistné události došlo?

Invalidita Snížená soběstačnost

Datum přiznání invalidity / snížená soběstačnost

Vyberte stupeň invalidity / snížené soběstačnosti

Byl pojištěnému přiznán starobní důchod?
Pokud ano, uveďte datum přiznání

ano ne

Terminální fáze nemoci

Datum stanovení diagnózy

Uveďte diagnózu onemocnění

Pojištěný

Jméno a příjmení

Rodné číslo / Datum narození

Adresa

Telefon, e-mail

Bankovní účet pro výplatu pojistného plnění

Identifikační údaje – vyplňte v případě, že pojistnou událost hlásí pojištěný

Typ dokladu

Občanský průkaz Cestovní pas Identifikační průkaz občana EU

Číslo dokladu

Státní občanství

Politicky exponovaná osoba
V případě, že ano odpovězte na další dvě otázky

ano ne

Zdroj příjmů

Účel obchodu

Praktický lékař

Jméno a příjmení

Adresa

Telefon, e-mail

Oznamovatel = zprostředkovatel, zákonný zástupce, zmocněnec, pojistník

Vyplňte pouze v případě, že je pojištěný odlišný od oznamovatele

Jméno a příjmení

Rodné číslo / Datum narození

Adresa

Telefon, e-mail

Získatelské číslo (vyplňuje pouze zprostředkovatel)

Bankovní účet pro výplatu pojistného plnění

Identifikační údaje - vyplňte pouze v případě, že pojistnou událost hlásí zákonný zástupce

Typ dokladu

Občanský průkaz Cestovní pas Identifikační průkaz občana EU

Číslo dokladu

Státní občanství

Politicky exponovaná osoba

V případě, že ano odpovězte prosím na další dvě otázky

ano ne

Zdroj příjmů

Účel obchodu

Prohlášení

Potvrzuji, že jsem seznámen/a s poučením o zpracování osobních údajů, zveřejněným na <https://www.maximapojistovna.cz/cs/ochrana-osobnich-udaju> a beru na vědomí, že poskytnutí osobních údajů je nezbytné pro účely šetření pojistné události a poskytnutí plnění z pojistných smluv. Souhlasím s použitím výše vyplněné e-mailové adresy pro komunikaci týkající se této škodné události.

Hlášení spolu s lékařskými zprávami a dalšími podklady zašlete na e-mail lpu@maxima-as.cz.