

Číslo pojistné smlouvy:

Datum hlášení:

Denní odškodné za úraz

Datum a čas úrazu

Za jakých okolností došlo k úrazu?

Zdravotnické zařízení, kde proběhlo první ošetření

Název

Adresa

Popis úrazu

Poraněná část těla

Kde došlo k úrazu?

Došlo k úrazu v důsledku dopravní nehody?

ano ne

Šetřila událost policie?

ano ne

Je pojištěný registrovaným sportovcem?
Pokud ano, uveďte konkrétní sport

ano ne

Nastal úraz při sportu?
Pokud ano, uveďte konkrétní sport

ano ne

Došlo k úrazu při výkonu povolání?

ano ne

Tělesné poškození následkem úrazu

Datum a čas úrazu

Za jakých okolností došlo k úrazu?

Zdravotnické zařízení, kde proběhlo první ošetření

Název

Adresa

Popis úrazu

Poraněná část těla

Kde došlo k úrazu?

Došlo k úrazu v důsledku dopravní nehody?

ano ne

Šetřila událost policie?

ano ne

Je pojištěný registrovaným sportovcem?
Pokud ano, uveďte konkrétní sport

ano ne

Nastal úraz při sportu?
Pokud ano, uveďte konkrétní sport

ano ne

Došlo k úrazu při výkonu povolání?

ano ne

Trvalé následky úrazu

Datum a čas úrazu

Které části těla se trvalé následky týkají?

obličej jiná část těla

Zanechal úraz jizvy na obličejí?

ano ne

Pokud ano, uveďte u všech jizev: Je jizva vystouplá?

ano ne Šířka jizvy _____ mm, délka jizvy _____ mm

ano ne Šířka jizvy _____ mm, délka jizvy _____ mm

ano ne Šířka jizvy _____ mm, délka jizvy _____ mm

ano ne Šířka jizvy _____ mm, délka jizvy _____ mm

ano ne Šířka jizvy _____ mm, délka jizvy _____ mm

Měl pojištěný již před uplatňovanými trvalými následky na obličejí nějaké jizvy?

ano ne

Zanechal úraz jiné následky než jizvy v obličejí?

ano ne

Jaké máte obtíže?

.....

.....

.....

Nastaly zjištěné změny výlučně následkem uvedeného úrazu?

ano ne

Je současný zdravotní stav ustálen?

ano ne

Došlo k úrazu v důsledku dopravní nehody?

ano ne

Šetřila událost policie?

ano ne

Hospitalizace

Datum hospitalizace od

Skončila již hospitalizace?

ano ne

Za jakých okolností došlo k úrazu?

.....

.....

.....

.....

.....

Uveďte diagnózu v důsledku, které byla nutná hospitalizace

Šetřila událost policie?

ano ne

Invalidita

K jaké pojistné události došlo?

Invalidita Snížená soběstačnost

Datum přiznání invalidity /snížené soběstačnosti

Stupeň invalidity / snížené soběstačnosti

Šetřila událost policie

ano ne

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

ano ne

Pracovní neschopnost

Pracovní neschopnost od

Za jakých okolností došlo k úrazu?

Zdravotnické zařízení, kde proběhlo první ošetření

Název

Adresa

Další informace

Šetřila událost policie?

ano ne

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

ano ne

Druh výdělečné činnosti v době vzniku pojistné události?

Má pojištěný vystavenou e-neschopenku?

ano ne

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.