

OZNÁMENÍ POJISTNÉ UDÁLOSTI – DLOUHODOBÉ OŠETŘOVÁNÍ ČLENA RODINY

Pojištěný (jméno a příjmení)

Datum narození

Číslo smlouvy, ke které máte uzavřeno pojištění schopnosti splácet úvěr

Rodné číslo

Datum vzniku pojistné události = uveďte prosím datum počátku ošetřování člena rodiny

Popište stručně důvod ošetřování člena rodiny

Ošetřovatel, který se stará o člena rodiny, je:

 pojištěný manžel/ka pojištěného druh/družka pojištěného registrovaný partner/ka pojištěného

Jméno a příjmení

Rodné číslo

Ošetřovaný člen rodiny, o kterého se ošetřovatel stará, je jeho:

 manžel/ka dítě rodič druh/družka registrovaný partner/ka jiný člen rodiny žijící ve společné domácnosti

jiný - uveďte:

Jméno a příjmení

Rodné číslo

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):

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 předčíslí a směrového kódu banky)

Tento vyplněný formulář, prosím, zašlete na adresu MAXIMA pojišťovny, a.s., spolu s následujícími dokumenty:

- kopie Potvrzení o ošetřování člena rodiny s uvedeným datem počátku ošetřování / kopie Rozhodnutí ošetřujícího lékaře zdravotnického zařízení o potřebě ošetřování ošetřovaného
- vyplněný Lékařský dotazník (formulář přiložen)
- v případě dlouhodobé pomoci kopie Rozhodnutí o přiznání příspěvku na péči od Úřadu práce ČR
- vyplněný a podepsaný Souhlas ošetřovaného se zpracováním údajů o zdravotním stavu (na druhé straně tohoto formuláře)
- kopie výpisu ze zdravotní dokumentace o průběhu léčby ošetřovaného člena rodiny, nebo kopie lékařské zprávy z prvotního zachycení nemoci nebo kopie lékařské zprávy z prvotního ošetření bezprostředně po úrazu
- Potvrzení zaměstnavatele (formulář přiložen)
- doklad potvrzující vztah ošetřovatele k ošetřovanému
- doklad prokazující vztah ošetřovatele, není-li jím pojištěný, k pojištěnému
- kopie Usnesení Policie ČR (Protokolu Policie ČR) nebo zahraniční policie s ověřeným překladem
- 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. Beru na vědomí, že odvoláním tohoto souhlasu pojištění zaniká a dále se neprovádí šetření škodní respektive pojistné události ani se neposkytuje pojistné plnění.
- 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). 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 stěžovatel nepodařilo vyřešit spor přímo s pojišťovnou.

SOUHLAS OŠETŘOVANÉHO SE ZPRACOVÁNÍM ÚDAJŮ O ZDRAVOTNÍM STAVU PRO ÚČELY ŠETŘENÍ POJISTNÉ UDÁLOSTI A VÝPLATY POJISTNÉHO PLNĚNÍ

Ošetřovaný (nemocný člen rodiny)

Jméno a příjmení

Rodné číslo

Bydliště

Tímto uděluji souhlas, aby si pojišťovna vyžádala potřebnou zdravotní dokumentaci o mém léčení a zdravotním stavu pro potřeby šetření pojistné události. Tento souhlas uděluji na dobu vyřizování pojistné události, max. po dobu trvání promlčecí doby nároků vyplývajících z pojistné události. Zmocňuji lékaře a zdravotnické zařízení k vyhotovení lékařských zpráv, výpisu ze zdravotní dokumentace či k jejímu zapůjčení. Zbavuji mlčenlivosti příslušného lékaře a zdravotnické zařízení, aby pojišťovně na její žádost poskytli požadované informace v rozsahu, v jakém jsou povinni je poskytovat pacientovi.

Beru na vědomí, že odvoláním tohoto souhlasu pojišťovna přestane zpracovávat moje osobní údaje, v důsledku čehož se dále nemůže provádět šetření škodní respektive pojistné události a ani poskytovat pojistné plnění.

V případě ošetřované nezletilé osoby, vyplní zákonný zástupce

Jméno a příjmení zákonného zástupce

Datum narození

Bydliště

Podpis ošetřovaného/zákonného zástupce

V

dne



LÉKAŘSKÝ DOTAZNÍK – DLOUHODOBÉ OŠETŘOVÁNÍ ČLENA RODINY
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 ošetřovaného		Rodné číslo	
<input type="text"/>		<input type="text"/>	
Datum počátku ošetřování člena rodiny	Ošetřování člena rodiny ukončeno ke dni	Ošetřování člena rodiny trvá?	Příčina ošetřování člena rodiny
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Ano <input type="checkbox"/> Ne	<input type="checkbox"/> Úraz <input type="checkbox"/> Nemoc

Uveďte, prosím, veškeré diagnózy (v souladu s MKN10), na základě kterých bylo vystaveno ošetřování člena rodiny, kdy byly v minulosti poprvé zjištěny, a jak se tyto diagnózy časově podílely na potřebě ošetřování člena rodiny:

Diagnóza dle MKN 10	Datum prvního záchytu	Časový podíl v rámci pracovní neschopnosti
1. <input type="text"/>	<input type="text"/>	od <input type="text"/> do <input type="text"/>
2. <input type="text"/>	<input type="text"/>	od <input type="text"/> do <input type="text"/>
3. <input type="text"/>	<input type="text"/>	od <input type="text"/> do <input type="text"/>

Uveďte, prosím, data předchozího léčení výše uvedených diagnóz:

Uveďte, prosím, na základě jaké etiologie jsou výše uvedené diagnózy (pokud se jedná o úrazovou etiologii, prosím uveďte úrazový děj):

1. diagnóza	<input type="text"/>
2. diagnóza	<input type="text"/>
3. diagnóza	<input type="text"/>

Došlo k pojistné události (ošetřování člena rodiny) v souvislosti s užitím alkoholu či omamných a psychotropních látek? ANO NE

Byl pacient v souvislosti s výše uvedenými diagnózami indikován k operačnímu řešení či hospitalizaci?

Diagnóza	Datum operace/hospitalizace
<input type="text"/>	<input type="text"/>

Je pacient v invalidním nebo starobním důchodu? ANO NE

Datum přiznání ID	Datum odebrání ID	Dg.:
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Je pacient v trvalé lékařské péči pro jiné chronické onemocnění? Pokud ano, uveďte diagnózu a datum prvního záchytu:

Razítko a podpis ošetřujícího lékaře

V	dne	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>



POTVRZENÍ ZAMĚSTNAVATELE

Toto potvrzení se vydává pro MAXIMA pojišťovnu, a.s., IČ 61328464

Tímto potvrzujeme, že

Pan(i) Rodné číslo

Bytem

je/byl(a) zaměstnancem naší společnosti od do

a nevykonává/nevykonával(a) profesní činnost z důvodu ošetřování člena rodiny od do

Pracovní poměr skončil ke dni Důvod ukončení pracovního poměru

V dne

Vystavil/a

Telefon

Razítko a podpis zaměstnavatele

Vyplněné potvrzení zašle pojištěný spolu s dalšími dokumenty uvedenými na Oznámení pojistné události na adresu:
MAXIMA pojišťovna, a.s., Italská 1583/24, 120 00 Praha 2 Vinohrady