

OZNÁMENÍ POJISTNÉ UDÁLOSTI - INVALIDITA / ZTP/P

Pojištěný (jméno a příjmení)

Datum narození

Číslo smlouvy, ke které máte uzavřeno 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 2. nebo 3. stupně nebo Vám byl vydán průkaz ZTP/P

Byla Vám v minulosti přiznána invalidita?

 ANO NE

Pokud ano, jaký?

 plný částečný 1. stupně 2. stupně 3. stupně

Od kdy Vám byla invalidita přiznána (den, měsíc a rok)?

V případě, že Vám byla invalidita odebrána, uveďte datum kdy (den, měsíc a rok):

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:

- vyplněný lékařský dotazník (formulář přiložen)
- kopie Posudku o invaliditě vystaveného Okresní správou sociálního zabezpečení
- kopie Usnesení Policie ČR (Protokolu Police ČR), nebo zahraniční policie s ověřeným překladem (doložit v případě, že invalidita 2. nebo 3. stupně nebo průkaz ZTP/P 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:

- 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.

Podpis pojištěného/oznamovatele

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 stěžovatel 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

 invalidita ZTP/P

Příčina invalidity / ZTP/P

 Úraz Nemoc

Uveďte, prosím, datum přiznání invalidity / ZTP/P

Uveďte, 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

1.

Datum prvního záchytu

2. 3.

Uveďte, prosím, etiologii výše uvedených onemocnění (pokud se jedná o úrazovou etiologii, prosím uveďte úrazový děj)

Uveďte, 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 