MAXIMA POJIŠŤOVNA

zonky.cz

OZNÁMENÍ POJISTNÉ UDÁLOSTI – PRACOVNÍ NESCHOPNOST POJIŠTĚNÉHO

Pojištěný (jméno a příjmení)

Datum narození

Čísla všech úvěrových smluv, ke kterým máte sjednáno pojištění schopnosti splácet úvěr

Rodné číslo

K pracovní neschopnosti došlo v důsledku

☐ Nemoci ☐ Úrazu

Datum vzniku pojistné události = uveďte, prosím, den, měsíc a rok zahájení (počátku) pracovní neschopnosti

Popište stručně Vaše onemocnění/úraz:

Byl/a jste k datu vzniku pojistné události v zaměstnaneckém poměru?
(doložte prosím potvrzení zaměstnavatele (formulář) nebo kopii Zápočtového listu) ☐ 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 ČR nebo v zahraničí a číslo jednacího spisu (prosíme vyplnit v případě, že se jednalo o dopravní nehodu, popř. událost, kterou šetřila policie):

Byl pojištěnému přiznán starobní důchod: ☐ ANO ☐ NE od (přesné datum)

Byla pojištěnému 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 Vašeho bankovního účtu pro příp. výplatu pojistného plnění:
(prosím uveďte celé číslo účtu, včetně předčíslí a směrového kódu banky)

Podpisem tohoto tiskopisu prohlašuji, že jsem majitelem výše uvedeného účtu.

V případě, že majitelem výše uvedeného účtu je jiná osoba uveďte následující údaje jeho majitele:

Jméno a příjmení

Rodné číslo (nemá-li, pak datum narození)

Adresa trvalého pobytu (ulice, číslo, město, PSČ)

Státní příslušnost

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

- kopie Potvrzení pracovní neschopnosti s uvedeným datem počátku pracovní neschopnosti s vyznačením pravidelných kontrol u lékaře a čitelnou adresou lékaře / v případě, že jste OSVČ jakékoliv jiné potvrzení lékaře s podpisem a čitelnou adresou lékaře,
- vyplněný lékařský dotazník (formulář přiložen),
- došlo-li k hospitalizaci, propouštěcí zprávu z nemocničního zařízení (kopie s čitelnou adresou lékaře),
- potvrzení zaměstnavatele nebo výpis z živnostenského rejstříku, pokud jste osoba samostatně výdělečně činná (OSVČ) nebo kopii zápočtového listu,
- kopie Usnesení Policie ČR (Protokolu Policie ČR), nebo zahraniční policie s ověřeným překladem (doložit v případě, že se jednalo o dopravní nehodu, popř. jinou událost, kterou šetřila policie),
- případně další dokumenty, které si pojišťovna vyžádá.

MAXIMA pojišťovna, a. s., Italská 1583/24, 120 00 Praha 2 – Vinohrady
T +420 273 190 400, E zonky@maxima-as.cz, www.maximapojistovna.cz

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:

- Jsem též seznámen/a s poučením o zpracování osobních údajů, uvedeném na webových stránkách pojišťovny, 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 s tím, aby pojišťovna nebo jí pověřený provozovatel zdravotnického zařízení zjišťovali, získávali a zpracovávali informace a údaje o mém zdravotním stavu.
- Souhlasím, aby pro účely šetření a likvidace škodní respektive pojistné události pojišťovna nebo jí pověřený provozovatel zdravotnického zařízení získával 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 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 pro účely šetření a likvidace škodní respektive pojistné události, pokud si je vyžádá.
- Zplnomocňuji pojišťovnu, aby si vyžádala informace od zdravotní pojišťovny o službách hrazených z veřejného zdravotního pojištění, které mi byly poskytnuty.
- Souhlasím též s tím, aby pojišťovna zjišťovala 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 na výše uvedený bankovní účet.

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 stěžovateli nepodařilo vyřešit spor přímo s pojišťovnou.

MAXIMA POJIŠŤOVNA

zonky.cz

LÉKAŘSKÝ DOTAZNÍK – PRACOVNÍ NESCHOPNOST POJIŠTĚNÉHO

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

Datum počátku pracovní neschopnosti

Pracovní neschopnost ukončena k datu

Pracovní neschopnost trvá? ☐ Ano ☐ Ne

Příčina pracovní neschopnosti ☐ Úraz ☐ Nemoc

Uveďte, prosím, veškeré diagnózy (v souladu s MKN10), na základě kterých byla vystavena pracovní neschopnost, kdy byly v minulosti poprvé zjištěny, a jak se tyto diagnózy časově podílely na pracovní neschopnosti:

	Diagnóza dle MKN 10	Datum prvního záchytu	Časový podíl v rámci pracovní neschopnosti	
1.			od	do
2.			od	do
3.			od	do

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

2. diagnóza

3. diagnóza

Došlo k pojistné události (pracovní neschopnosti) 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

Je pacient v invalidním nebo starobním důchodu? ☐ ANO ☐ NE

Datum přiznání ID

Datum odebrání ID

Dg.:

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

MAXIMA POJIŠŤOVNA

zonky.cz

POTVRZENÍ ZAMĚSTNAVATELE

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

Tímto potvrzujeme, že

pan(í) _____ rodné číslo _____

bytem _____

je/byl(a) zaměstnancem naší společnosti od _____ do _____

a nevykonává/nevykonával(a) profesní činnost z důvodu dočasné pracovní neschopnosti od _____ do _____

V _____ dne _____ Razítko a podpis zaměstnavatele

Vystavil/a _____

Telefon _____

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