

**OZNÁMENÍ POJISTNÉ UDÁLOSTI - INVALIDITA III. STUPNĚ POJIŠTĚNÉHO**

Pojištěný (jméno a příjmení)

Datum narození

Číslo smlouvy/karty, ke které máte uzavřeno pojištění invalidity III. stupně

Rodné číslo

Datum vzniku pojistné události

= uveďte přesné datum (den, měsíc, rok), od kterého je Vám v posudku OSSZ přiznána invalidita III. stupně

Byl Vám v minulosti přiznán invalidní důchod?

 ANO NE

Pokud ano, jaký?

 plný částečný 1. stupně 2. stupně 3. stupně

Od kdy Vám byl invalidní důchod přiznán (den, měsíc a rok)?

V případě, že Vám byl invalidní důchod odebrán, uveďte datum kdy (den, měsíc a rok)

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):

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 smlouvy (kompletní znění), ke které máte uzavřeno pojištění invalidity III. stupně, včetně přihlášky k pojištění
- vyplněný lékařský dotazník (formulář přiložen)
- kopie Posudku o invaliditě vystaveného Okresní správou sociálního zabezpečení
- kopie Usnesení Policie ČR (Protokolu Policie ČR), nebo zahraniční policie s ověřeným překladem (doložit v případě, že invalidní důchod III. stupně 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. 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 pojistitel, 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 resppektive pojistné události ani se neposkytuje pojistné plnění. Souhlasím, aby pro účely šetření a likvidace škodní resppektive pojistné události pojistitel, administrátor pojistných událostí nebo jimi pověřený provozovatel zdravotnického zařízení získával informace o mém zdravotním stavu prostřednictvím lékařských zpráv a zdravotnické dokumentace vyžádaných od kteréhokoli poskytovatele zdravotních služeb, který mi poskytnul zdravotní službu.

Souhlasím též s tím, že se na žádost pojistitele podrobím absolvování prohlídky nebo lékařského vyšetření provedeného lékařským zařízením, které pojistitel, 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 pojistiteli nebo administrátorovi pojistných událostí pro účely šetření a likvidace škodní resppektive pojistné události, pokud si je vyžádá. Zplnomocňuji pojistitele a administrátora pojistných událostí, aby si vyžádal informace od zdravotní pojišťovny o službách hrazených z veřejného zdravotního pojištění, které mi byly poskytnuty. Souhlasím též s tím, aby pojistitel nebo administrátor pojistných událostí zjišťoval 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.

V  dne

Podpis oznamovatele

Za účelem mimosoudního řešení sporu v životním pojištění se lze obrátit na finančního arbitra ([www.financniarbitr.cz](http://www.financniarbitr.cz)). Za účelem mimosoudního řešení sporu v neživotním pojištění se lze obrátit na Českou obchodní inspekci ([www.adr.coi.cz](http://www.adr.coi.cz)). Podmínkou zahájení postupu mimosoudního řešení sporu je skutečnost, že se stěžovateli nepodařilo vyřešit spor přímo s pojišťovnou.

**LÉKAŘSKÝ DOTAZNÍK – INVALIDITA III. STUPNĚ**  
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

Příčina invalidity III. stupně

 Úraz  Nemoc

Uvedte, prosím, datum přiznání invalidity III. stupně

Uvedte, prosím, diagnózy (v souladu s MKN10), na základě kterých byla pacientovi přiznána invalidita III. stupně (včetně data prvotního záchytu v minulosti):

Diagnóza dle MKN 10

1. 

Datum prvního záchytu

2. 3. 

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

Uvedte, prosím, data předchozího léčení výše uvedených diagnóz

Předcházela invaliditě III. stupně 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 III. stupně v invalidním nebo starobním důchodu?

 ANO  NE

Datum přiznání ID

Datum odebrání ID

Dg.:

Je/byl pacient před přiznáním invalidity III. stupně v trvalé lékařské péči pro jiné chronické onemocnění? Pokud ano, uveďte prosím diagnózu a datum prvního záchytu:

Razítko a podpis ošetřujícího lékaře

V  dne 