

## OZNÁMENÍ POJISTNÉ UDÁLOSTI - ÚMRTÍ POJIŠTĚNÉHO

Pojištěný (jméno a příjmení)

Datum narození

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

Rodné číslo

Datum vzniku pojistné události = datum úmrtí pojištěného (den, měsíc, rok):

Stručný popis pojistné události (za jakých okolností k úmrtí došlo):

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):

Adresa notáře pověřeného vyřízením pozůstalostního řízení (prosíme vyplnit v případě, že notář byl již k danému řízení určen)

Telefonní spojení:

Byl pojištěné osobě přiznán starobní důchod:

 ANO NE

od

 (přesné datum)

Byla pojištěné osobě přiznána invalidita:

 ANO NE

od

 (přesné datum)

Stupeň:

Oznamovatel pojistné události (jméno a příjmení)

Vztah k zemřelému (manžel/manželka, syn/dcera...):

Kontaktní adresa oznamovatele:

Telefon

E-mail

Uvedením e-mailové adresy souhlasím s jejím použitím pojišťovnou pro komunikaci týkající se této škodné události.

Prohlašuji, že mnou uvedené informace jsou úplné a pravdivé, a že jsem nezamířel/a žádnou skutečnost, která by mohla mít vliv na šetření pojistné události a stanovení výše pojistného plnění.

Jsem též seznámen/a s poučením o zpracování osobních údajů, uvedeném na webových stránkách pojišťovny a beru na vědomí, že poskytnutí osobních údajů je nezbytné pro výkon pojišťovací činnosti a plnění práv a povinností vyplývajících z rámcové pojistné smlouvy.

Souhlasím, aby případné pojistné plnění bylo poukázáno přímo pojistníkovi.

Podpis oznamovatele

V

dne

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)) nebo na Kancelář ombudsmana České asociace pojišťoven ([www.ombudsmancap.cz](http://www.ombudsmancap.cz)). Podmínkou zahájení postupu mimosoudního řešení sporu je skutečnost, že se stěžovateli nepodařilo vyřešit spor přímo s pojišťovnou.

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

- kopie Úmrtího listu pojištěného,
- vyplněný lékařský dotazník (formulář přiložen),
- kopie Listu o prohlídce mrtvého (s čitelnou adresou lékaře),
- kopie Pítevní zprávy (s čitelnou adresou lékaře), pokud byla provedena soudní pitva,
- kopie Usnesení Policie ČR (Protokolu Policie ČR), nebo zahraniční policie s ověřeným překladem (doložit v případě, že se jednalo o dopravní nehodu, popř. jinou tragickou událost, kterou šetřila policie),
- kopie smlouvy o úvěru (kompletní znění), ke které bylo uzavřeno pojištění pro případ smrti,
- případně další dokumenty, které si pojišťovna vyžádá.

## LÉKAŘSKÝ DOTAZNÍK – ÚMRTÍ

### 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 úmrtí

 Úraz  Nemoc

Uveďte, prosím, datum úmrtí:

**Uveďte, prosím, diagnózy (v souladu s MKN10), které byly příčinou úmrtí (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 úmrtí pracovní neschopnost?

Od  Do  Dg.: Došlo k pojistné události pod vlivem alkoholu či omamných látek?  ANO  NEJednalo se o suicidium, popř. o jeho pokus?  ANO  NEByl pacient před úmrtím v invalidním nebo starobním důchodu?  ANO  NE

Datum přiznání ID

Datum odebrání ID

Dg.:

Byl pacient před úmrtím v trvalé lékařské péči pro jiné chronické onemocnění? Pokud ano, uveďte prosím diagnózu a datum prvního záchytu

Razítko a podpis ošetřujícího lékaře

V  dne 