

OZNÁMENIE POISTNEJ UDALOSTI - PRACOVNÁ NESCHOPNOSŤ

Poistený (meno a priezvisko)

Dátum narodenia

Číslo zmluvy, ku ktorej máte uzatvorené poistenie schopnosti splácať úver

Rodné číslo

K pracovnej neschopnosti došlo v dôsledku

 Choroby ÚrazuDátum vzniku poistnej udalosti = uveďte, prosím, deň,
mesiac a rok zahájenia (počiatku) pracovnej neschopnosti

Popíšte stručne Vaše choroby/úraz

Bol/a ste k dátumu vzniku poistnej udalosti v zamestnaneckom pomere?

 ÁNO NIE

Ste samostatne zárobkovo činná osoba (SZČO)?

(doložte prosím výpis z živnostenského registru)

 ÁNO NIE

Adresa ošetrojúceho (praktického) lekára (meno, adresa, telefónne spojenie):

Adresa Polície v SR alebo v zahraničí a číslo rokovacieho spisu (prosíme vyplniť v prípade, že sa jednalo o dopravnú nehodu, popr. udalosť, ktorú vyšetrovala polícia):

Bol Vám priznaný starobný dôchodok:

 ÁNO NIE

od

 (presné dátum)

Bola Vám priznaná invalidita:

 ÁNO NIE

od

 (presné dátum)Uveďte % poklesu schopnosti vykonávať
zárobkovú činnosť:

Vaša kontaktná adresa:

Telefón

E-mail

Uvedením e-mailovej adresy súhlasím s jej použitím poisťovňou pre komunikáciu týkajúcu sa tejto škodnej udalosti.

Číslo bankového účtu pre príp. výplatu poistného plnenia:

(prosím uveďte celé číslo účtu, vrátane predčíslia a smerového kódu banky)

Tento vyplnený formulár, prosím, zašlite na adresu MAXIMA poisťovny, a.s., spolu s nasledujúcimi dokumentmi:

- kópia Prihlášky do poistenia
- kópia Potvrdenie dočasnej pracovnej neschopnosti so stanovením čísla diagnózy, uvedeným dátumom počiatku pracovnej neschopnosti s vyznačením pravidelných kontrol u lekára a čitateľnou adresou lekára
- vyplnený Lekársky dotazník (formulár priložený)
- pokiaľ došlo k hospitalizácii, Prepúšťacíu správu z nemocničného zariadenia (kópia s čitateľnou adresou lekára)
- potvrdenie zamestnávateľa alebo výpis z živnostenského registru pokiaľ ste samostatne zárobkovo činná osoba (SZČO) alebo kópiu zápočtového listu
- kópia Uznesenia Polície SR (Protokolu Polície SR), alebo zahraničnej polície s overeným prekladom (doložiť v prípade, že sa jednalo o dopravnú nehodu, popr. inú udalosť, ktorú vyšetrovala polícia)
- prípadne ďalšie dokumenty, ktoré si poisťovňa vyžiada



Prehlasujem, že mnou uvedené informácie sú úplné a pravdivé, a že som nezamlčal/a žiadnu skutočnosť, ktorá by mohla mať vplyv na šetrenie poisťnej udalosti a stanovenie výšky poisťného plnenia.

Ako poistená osoba:

- Potvrdzujem, že som zoznámený/á s rámcovou poisťnou zmluvou uzavretou medzi Maxima poisťovnou, a.s. (ďalej len „poisťovňa“) a Home Creditom Slovakia, ktorou sa poistenie riadi.
- Som tiež zoznámený/á s informáciami o spracovaní osobných údajov, ktoré sú súčasťou rámcovej poisťnej zmluvy, a beriem na vedomie, že poskytnutie osobných údajov a údajov o zdravotnom stave je nevyhnutné pre výkon poisťovacej činnosti a plnenie práv a povinností vyplývajúcich z poisťnej zmluvy. Súhlasím, aby poisťovňa pri šetrení poisťných udalostí požadovala a zisťovala všetky potrebné informácie pre posúdenie existencie skutočností, ktoré sú podmienkou výplaty poisťného plnenia, vrátane informácií o mojom zdravotnom stave. Za týmto účelom je poisťovňa oprávnená:
 - komunikovať s mojimi lekármi a nahliadať do príslušnej časti mojej zdravotnej dokumentácie. Z týchto dôvodov zbavujem mlčanlivosti všetkých svojich poskytovateľov zdravotných služieb a dovoľujem im poskytnúť moju zdravotnú dokumentáciu,
 - komunikovať s príslušnými úradmi; pre tieto účely zmocňujem vecne príslušný úrad štátnej správy, aby poisťovni poskytol informácie potrebné na posúdenie existencie skutočností, ktoré sú podmienkou výplaty poisťného plnenia (napr. rozsah invalidity podľa percentuálnej miery poklesu schopnosti vykonávať zárobkovú činnosť, držanie preukazu ŤZP). Splnomocňujem tiež poisťovňu, aby si vyžiadala informácie od zdravotnej poisťovne o službách hradených z verejného zdravotného poistenia, ktoré mi boli poskytnuté. Súhlasím tiež s tým, aby poisťovňa zisťovala údaje o mojom nemocenskom a dôchodkovom poistení, a zbavujem orgány sociálneho zabezpečenia povinnosti zachovávať o týchto údajoch mlčanlivosť.
- Súhlasím, aby prípadné poisťné plnenie bolo poukázané na vyššie uvedený bankový účet.

Oznamovateľ poisťnej udalosti, pokiaľ je odlišný od poisteného (meno a priezvisko)

Rodné číslo

Kontaktná adresa

Telefón

E-mail

Uvedením údajov súhlasím s ich použitím poisťovňou na spracovanie a komunikáciu týkajúcu sa tejto škodovej udalosti.

Podpis poisteného/oznamovateľa

V

dňa



LEKÁRSKY DOTAZNÍK – PRACOVNÁ NESCHOPNOSŤ POISTENÉHO
VYPLNÍ OŠETRUJÚCI LEKÁR

Prosíme o vyplnenie nasledujúcich otázok. Za validný je považovaný iba kompletne vyplnený zdravotný dotazník. Náklady spojené s vyplnením tohoto dotazníku hradí klient, ktorý môže preplatenie pokladničného dokladu uplatniť u MAXIMA poisťovny, a.s.

Meno a priezvisko				Rodné číslo	
Dátum počiatku pracovnej neschopnosti	Pracovná neschopnosť ukončená k	Pracovná neschopnosť trvá?	Príčina pracovnej neschopnosti		
		<input type="checkbox"/> Áno <input type="checkbox"/> Nie	<input type="checkbox"/> Úraz	<input type="checkbox"/> Choroba	

Uveďte, prosím, všetky diagnózy (v súlade s MKN10), na základe ktorých bola vystavená pracovná neschopnosť, kedy boli v minulosti prvýkrát zistené, a ako sa tieto diagnózy časovo podieľali na pracovnej neschopnosti:

Diagnóza podľa MKN 10	Dátum prvého záchytu	Časový podiel v rámci pracovnej 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, dáta prechádzajúceho liečenia vyššie uvedených diagnóz

Uveďte, prosím, na základe akej etiológie sú vyššie uvedené diagnózy (pokiaľ sa jedná o úrazovú etiológiu, prosím uveďte úrazový dej):

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

Došlo k poistnej udalosti (pracovnej neschopnosti) v súvislosti s užitím alkoholu či omamných a psychotropných látok? ÁNO NIE

Bol pacient v súvislosti s vyššie uvedenými diagnózami indikovaný k operačnému riešeniu či hospitalizácii?

Diagnóza	Dátum operácie/hospitalizácie
<input type="text"/>	<input type="text"/>

Je pacient v invalidnom alebo starobnom dôchodku? ÁNO NIE

Dátum priznania ID	Dátum odobrania ID	Dg.:
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Je pacient v trvalej lekárskej starostlivosti pre iné chronické ochorenie? Ak áno, uveďte diagnózu a dátum prvého záchytu:

Pečiatka a podpis ošetrojúceho lekára

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



POTVRDENIE ZAMESTNÁVATEĽA

Toto potvrdenie sa vydáva pre MAXIMA poisťovnu, a.s., IČ 61328464

Týmto potvrdzujeme, že

Pán(i) Rodné číslo

Bytom

je/bol(a) zamestnancom našej spoločnosti od do

a nevykonáva/nevykonával(a) profesijnú činnosť z dôvodu dočasnej pracovnej neschopnosti od do

V dňa

Vystavil/a

Telefón

Pečiatka a podpis zamestnávateľa

Vyplnené potvrdenie zašle poistený spolu s ďalšími dokumentmi uvedenými na Oznámenie poistnej udalosti na adresu MAXIMA poisťovny, a.s.

