

OZNÁMENIE POISTNEJ UDALOSTI - HOSPITALIZÁCIA

Poistený (meno a priezvisko)

Dátum narodenia

Číslo zmluvy, ku ktorej máte uzatvorené poistenie schopnosti splácať úver

Rodné číslo

K hospitalizácii došlo v dôsledku:

 Choroby Úrazu

K hospitalizácii došlo v období (prosím uveďte presné dátum, tj. deň, mesiac a rok):

od do

Uveďte diagnózu a popis vzniku choroby/úrazu, v dôsledku ktorého ste bol/a hospitalizovaný/a:

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

 ÁNO NIE

Ste samostatne zárobkovo činná osoba (SZČO)?

(doložte prosím výpis zo živnostenského registra)

 ÁNO NIE

Adresa ošetrujúceho (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-mailové 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 predčísčia a smerového kódu banky)

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

- kópia Prihlášky do poistenia
- kópia prepúšťacej správy z nemocničného zariadenia s čitateľnou adresou lekára
- kópia potvrdenia o poskytnutí nemocničnej lôžkovej starostlivosti
- kópia lekárskej správy s uvedením diagnózy, pre ktorú bol poistený hospitalizovaný
- pre prípad následnej rekonvalescencie kópiu potvrdenia pracovnej neschopnosti s uvedeným dátumom počiatku pracovnej neschopnosti, s vyznačením pravidelných kontrol u lekára a čitateľnou adresou lekára
- 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 poistnej udalosti a stanovenie výšky poistného plnenia.

Ako poistená osoba:

- Potvrdzujem, že som zoznámený/á s rámcovou poistnou zmluvou uzavretou medzi Maxima pojišťovnou, 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 poistnej 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 poistnej zmluvy. Súhlasím, aby poisťovňa pri šetrení poistných udalostí požadovala a zisťovala všetky potrebné informácie pre posúdenie existencie skutočností, ktoré sú podmienkou výplaty poistného 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 poistného 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 poistné plnenie bolo poukázané na vyššie uvedený bankový účet.

Oznamovateľ poistnej 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

