

Číslo pojistné smlouvy (začíná 8, má 10 čísel)

8 | | | | | | | | | |

Podklady, bez kterých nelze vyplatit pojistné plnění

Doložte podklady s čitelným datem nejlépe ve formátu PDF



1. Lékařská zpráva z vyšetření:

- které žádáte proplatit,
- při kterém byly předepsány léky,
- při kterém byly indikovány laboratorní testy (včetně žádanky),
- která obsahuje popis zdravotních potíží od stomatologa.



2. Doklad o zaplacení:

- který dokládá hotovostní nebo bezhotovostní platbu,
- který obsahuje detailní účtenku z lékárny s rozepsanými položkami.

Pojištěný

Příjmení, jméno	_____
Současná adresa pobytu v ČR	_____
Datum narození	_____
E-mail	_____

Údaje o pojistné události

Datum vzniku události	_____
Podrobný popis události	_____ _____ _____

Vyplňte, pokud pojistná událost nevznikla v ČR

Stát, kde vznikla pojistná událost	_____
Účel pobytu	_____
Přesné datum příjezdu do země	_____

Bankovní účet pro výplatu pojistného plnění vedený v ČR

Prohlášení

Potvrzuji, že jsem seznámen/a s poučením o zpracování osobních údajů, zveřejněným na <https://www.maximapojistovna.cz/cs/ochrana-osobnich-udaju> a beru na vědomí, že poskytnutí osobních údajů je nezbytné pro účely šetření pojistné události a poskytnutí plnění z pojistných smluv. Souhlasím s použitím výše vyplněné e-mailové adresy pro komunikaci týkající se této škodné události.

Vyplněné oznámení spolu s podklady zašlete na e-mail lpu@maxima-as.cz

Pokud oznámení nebude odesláno elektronicky, vyplňte prosím i datum oznámení, formulář podepište a odešlete na adresu pojišťovny.

Datum oznámení

Podpis pojištěného
