

## OZNÁMENÍ POJISTNÉ UDÁLOSTI - INVALIDITA III. STUPNĚ POJIŠŤENÉHO

Pojištěný (jméno a příjmení):	
Datum narození:	Rodné číslo:
Číslo smlouvy/karty, ke které máte uzavřeno pojištění invalidity III. stupně:	

Datum vzniku pojistné události = uveďte přesné datum (den, měsíc, rok), od kterého je Vám ČSSZ přiznán a vyplácen invalidní důchod z titulu invalidity III. stupně:		
Byl Vám v minulosti přiznán invalidní důchod?	ANO <input type="checkbox"/>	NE <input type="checkbox"/>
Pokud ano, jaký?	PLNÝ <input type="checkbox"/>	ČÁSTEČNÝ <input type="checkbox"/>
	1. STUPNĚ <input type="checkbox"/>	2. STUPNĚ <input type="checkbox"/> 3. STUPNĚ <input type="checkbox"/>
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: <i>(prosím uveďte celé číslo účtu, včetně předčíslí a směrového kódu banky)</i>	

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 **BNP Paribas Cardif Pojišťovny, a.s.**, spolu s následujícími dokumenty:

- kopie smlouvy (kompletní znění), ke které máte uzavřeno pojištění invalidity III. stupně, včetně přihlášky k pojištění
- kopie Rozhodnutí o přiznání invalidity III. stupně vystaveného Českou správou sociálního zabezpečení s vyznačeným datem, od kterého Vám byla invalidita III. stupně přiznána
- 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)

Škodní událost vyřizuje BNP Paribas Cardif Pojišťovna, a.s., pověřený Administrátor pojistných událostí:

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 resp. pojistné události ani se neposkytuje pojistné plnění. Souhlasím, aby pro účely šetření a likvidace škodní resp. 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 poskytl 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 resp. pojistné události, pokud si je vyžádá. Zplnomocňuji pojistitele a administrátora pojistných událostí, aby si vyžádali 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 neživotním pojištění se lze obrátit na Českou obchodní inspekci ([www.adr.coi.cz](http://www.adr.coi.cz)). Podmínkou zahájení postupu mimosoudního řešení sporu před Českou obchodní inspekci je skutečnost, že se stěžovateli nepodařilo vyřešit spor přímo s pojišťovnou.

Škodní událost vyřizuje BNP Paribas Cardif Pojišťovna, a.s., pověřený Administrátor pojistných událostí:



**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 BNP Paribas Cardif Pojišťovna, a.s.

Jméno a příjmení:	Rodné číslo:	
Příčina invalidity III. stupně:	Úraz <input type="checkbox"/> Nemoc <input type="checkbox"/>	
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:	Datum prvního záchytu:	
1.		
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 <input type="checkbox"/> Ne <input type="checkbox"/>	
Byl příčinou pojistné události pokus o suicidium?	Ano <input type="checkbox"/> Ne <input type="checkbox"/>	
Byl pacient před přiznáním invalidity III. stupně v invalidním nebo starobním důchodu?	Ano <input type="checkbox"/> Ne <input type="checkbox"/>	
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:		

V.....

dne.....

Razítko a podpis ošetřujícího lékaře

**Škodní událost vyřizuje BNP Paribas Cardif Pojišťovna, a.s., pověřený Administrátor pojistných událostí:**