

OZNÁMENÍ POJISTNÉ UDÁLOSTI – PRACOVNÍ NESCHOPNOST POJIŠTĚNÉHO

Pojištěný (jméno a příjmení):	
Datum narození:	Rodné číslo:
Číslo smlouvy/karty, ke které máte uzavřeno pojištění rizika pracovní neschopnosti:	

K pracovní neschopnosti došlo v důsledku:	NEMOCI <input type="checkbox"/>	ÚRAZU <input type="checkbox"/>
Popište stručně Vaše onemocnění/úraz:		
Datum vzniku pojistné události = uveďte, prosím, den, měsíc a rok zahájení (počátku) pracovní neschopnosti:		
Byl jste k datu vzniku pojistné události v zaměstnaneckém poměru? (pokud již nejste zaměstnán/a v pracovním poměru, prosíme Vás o doložení kopie Zápočtového listu)	ANO <input type="checkbox"/>	NE <input type="checkbox"/>
Jste osoba samostatně výdělečně činná (OSVČ)? (prosíme Vás o doložení výpisu z živnostenského rejstříku)	ANO <input type="checkbox"/>	NE <input type="checkbox"/>
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):		

Byl mi přiznán starobní důchod:	ANO <input type="checkbox"/>	NE <input type="checkbox"/>	od: _____ (přesné datum)	
Byla mi přiznána invalidita :	ANO <input type="checkbox"/>	NE <input type="checkbox"/>	od: _____ (přesné datum)	Stupeň:

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:	

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

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 rizika pracovní neschopnosti, včetně přihlášky k pojištění
- kopie Potvrzení pracovní neschopnosti s uvedeným datem počátku pracovní neschopnosti s vyznačením pravidelných kontrol u lékaře a čitelnou adresou lékaře
- vyplněný lékařský dotazník (formulář přiložen)
- došlo-li k hospitalizaci, propouštěcí zprávu z nemocničního zařízení (kopie s čitelnou adresou lékaře)
- potvrzení zaměstnavatele nebo výpis z živnostenského rejstříku, pokud jste osoba samostatně výdělečně činná (OSVČ) nebo kopii zápočtového listu
- kopie Usnesení Policie ČR (Protokolu Policie ČR), nebo zahraniční policie s ověřeným překladem (doložit v případě, že se jednalo o dopravní nehodu, popř. jinou událost, kterou šetřila policie)

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). 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:

POTVRZENÍ ZAMĚSTNAVATELE

Toto potvrzení se vydává pro BNP Paribas Cardif Pojišťovnu, a.s., IČ 25080954

Tímto potvrzujeme, že

pan(i)

r.č.

bytem

je/byl(a) zaměstnancem naší společnosti od do.....

a nevykonává/nevykonával(a) profesní činnost z důvodu dočasné pracovní neschopnosti

od do.....

V dne

Vystavil/a:

Telefon:

.....
Razítko a podpis zaměstnavatele

Vyplněné potvrzení zašle pojištěný spolu s dalšími dokumenty uvedenými na Oznámení pojistné události na adresu BNP Paribas Cardif Pojišťovny, a.s., Plzeňská 3217/16, P.O. Box 32, 150 00 Praha 5

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