

OZNÁMENÍ POJISTNÉ UDÁLOSTI - ÚMRTÍ POJIŠTĚNÉHO

Pojištěný (jméno a příjmení)

Datum narození

Číslo smlouvy/karty, ke které bylo uzavřeno pojištění rizika úmrtí

Rodné číslo

Datum vzniku pojistné události = datum úmrtí pojištěného (den, měsíc, rok):

Stručný popis pojistné události (za jakých okolností k úmrtí došlo):

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):

Adresa notáře pověřeného vyřízením pozůstalostního řízení (prosíme vyplnit v případě, že notář byl již k danému řízení určen)

Telefonní spojení:

Byl pojištěné osobě přiznán starobní důchod:

 ANO NE

od

 (přesné datum)

Byla pojištěné osobě přiznána invalidita:

 ANO NE

od

 (přesné datum)

Stupeň:

Oznamovatel pojistné události (jméno a příjmení)

Vztah k zemřelému (manžel/manželka, syn/dcera...):

Kontaktní adresa oznamovatele:

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:

(prosím uveďte celé číslo účtu, včetně předčíslí a směrového kódu banky)

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 MAXIMA pojišťovny, a.s., spolu s následujícími dokumenty:

- kopie Úmrtího listu pojištěného
- vyplněný lékařský dotazník (formulář přiložen)
- kopie Listu o prohlídce mrtvého (s čitelnou adresou lékaře)
- kopie Pitevní zprávy (s čitelnou adresou lékaře), pokud byla provedena soudní pitva
- kopie Usnesení Policie ČR (Protokolu Policie ČR), nebo zahraniční policie s ověřeným překladem (doložit v případě, že se jednalo o dopravní nehodu, popř. jinou tragickou událost, kterou šetřila policie)
- kopie smlouvy (kompletní znění), ke které bylo uzavřeno pojištění pro případ smrti, včetně



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. 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

Za účelem mimosoudního řešení sporu v životním pojištění se lze obrátit na finančního arbitra (www.financniarbitr.cz). 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 je skutečnost, že se stěžovateli nepodařilo vyřešit spor přímo s pojišťovnou.

LÉKAŘSKÝ DOTAZNÍK – ÚMRTÍ
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 MAXIMA pojišťovny, a.s.

Jméno a příjmení

Rodné číslo

Příčina úmrtí

 Úraz Nemoc

Uveďte, prosím, datum úmrtí:

Uveďte, prosím, diagnózy (v souladu s MKN10), které byly příčinou úmrtí (včetně data prvotního záchytu v minulosti):

Diagnóza dle MKN 10

1.

Datum prvního záchytu

2. 3.

Uveďte, prosím, etiologii výše uvedených onemocnění (pokud se jedná o úrazovou etiologii, prosím uveďte úrazový děj)

Uveďte, prosím, data předchozího léčení výše uvedených diagnóz

Předcházela úmrtí pracovní neschopnost?

Od Do Dg.:

Došlo k pojistné události pod vlivem alkoholu či omamných látek?

 ANO NE

Jednalo se o suicidium, popř. o jeho pokus?

 ANO NE

Byl pacient před úmrtím v invalidním nebo starobním důchodu?

 ANO NE

Datum přiznání ID

Datum odebrání ID

Dg.:

Byl pacient před úmrtím v trvalé lékařské péči pro jiné chronické onemocnění? Pokud ano, uveďte prosím diagnózu a datum prvního záchytu

Razítko a podpis ošetřujícího lékaře

V dne