MAXIMA POJIŠŤOVNA, a.s.

OZNÁMENÍ ŠKODNÉ UDÁLOSTI

ZE ZDRAVOTNÍHO POJIŠTĚNÍ CIZINCŮ

Vyplňte toto oznámení a odešlete některým níže uvedeným způsobem:

- poštou na adresu: **Maxima pojišťovna a.s**., Na Dlouhém lánu 508, 160 00 Praha 6, nebo
- emailem na adresu: LPU@maxima-as.cz nebo
- na FAX: +420 224 305 412

číslo pojistné smlouvy

POJIŠTĚNÝ:

Příjmení a jméno	
Současná adresa v ČR	PSČ:
Datum narození	Telefon

ÚDAJE O POJISTNÉ UDÁLOSTI

Datum vzniku události:	
Příčina vzniku události:	
Podrobný popis události:	
Zdravotnické zařízení, kde bylo lékařské ošetření poskytnuto:	

POVINNÉ DOKLADY: **LÉKAŘSKÁ ZPRÁVA**

ORIGINÁLY ÚČTU

BEZ TĚCHTO DOKLADU NELZE ŠKODU PROPLATIT!

POJISTNÉ PLNĚNÍ POUKAŽTE NA BANKOVNÍ ÚČET č.

kód banky

Prohlašuji, že lékařské ošetření bylo nezbytně nutné a jednalo se o aktuní onemocnění (úraz). Dávám souhlas lékařům, zdravotnickým zařízením k poskytnutí informací o mém zdravotním stavu. Souhlasím, aby pojistitel zpracovával mé osobní údaje ve smyslu zákona č. 101/2000 Sbírky o ochraně osobních údajů. Prohlašuji, že jsem na všechny dotazy pojišťovny odpověděl/a pravdivě a úplně a jsem si vědom důsledků nesprávných odpovědí pro povinnost pojistitele poskytnout pojistné plnění.

V ..... dne	podpis pojištěného/oznamovatele