

OZNÁMENÍ ŠKODNÉ UDÁLOSTI ZE ZDRAVOTNÍHO POJIŠTĚNÍ/ REPORTING A CLAIM OF HEALTH INSURANCE

Vyplňte toto oznámení a odešlete níže uvedeným způsobem / fill this announcement and send below:

- poštou na adresu/mail to: Maxima pojišťovna a.s., Italská 1583/24, 120 00 Praha 2 Vinohrady,
- emailem/by email: LPU@maxima-as.cz,
- faxem/fax: +420 273 190 412.

**Číslo pojistné smlouvy/
The insurance policy
number**

Номер страховки

POJIŠTĚNÝ/INSURED:

Příjmení, jméno/Surname, name: Имя фамилия		
Současná adresa v ČR: Current address in CR: Адрес прописки и проживания		PSČ: Почтовый индекс Postal code:
Datum narození: Date of birth: Дата рождения	E-mail: Электронная почта	Tel: Моб. тел.

ÚDAJE O POJISTNÉ UDÁLOSTI/DATA OF CLAIMS:

Datum vzniku události: Date of Claim:	
Příčina vzniku události: Cause of the Claim:	
Podrobný popis události: A Detailed description of the Claim:	
Zdravotnické zařízení, kde bylo poskytnuto vyšetření: Medical facility, where was the examination provided:	
Pojistné plnění poukažte na bankovní účet č. Insurance benefit send on bank account number:	

POVINNÉ DOKLADY/REQUIRED DOCUMENTS:

- LÉKAŘSKÁ ZPRÁVA/MEDICAL REPORT
- ORIGINÁLY ÚČTŮ/ORIGINALS OF RECEIPTS

Bez těchto dokladů nelze škodu proplatit!/Claim can't be refunded without these documents!

Prohlašuji, že lékařské ošetření bylo nezbytně nutné a jednalo se o akutní 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.

I declare that medical treatment was necessary and it was the acute disease (injury). I give permission to doctors, medical facilities to provide information about my health. I agree to the insurer to process my personal data in accordance with Act No. 101/2000 on the protection of personal data. I declare I answered to all insurance questions truthfully and completely and I am aware of the consequences of incorrect answers for the insurer's obligation to indemnify.

Город, где вы V/in dne/date Дата подачи документа	Подпись клиента Podpis pojištěného/Signature
--	---