

# Oznámení pojistné události (TALISMAN - závažná onemocnění)



Vyplňte, prosím, první stranu tohoto formuláře ve všech bodech, o vyplnění Části III požádejte ošetřujícího lékaře, který má veškerou lékařskou dokumentaci o daném onemocnění. K vyplněnému formuláři přiložte zdravotní dokumentaci, která s léčbou toho kterého onemocnění souvisí a vše zašlete na níže uvedenou adresu. Vyplnění tohoto formuláře neznamena automaticky přiznání nároku na pojistné plnění.

## ČÁST I VYPLNÍ POJIŠTĚNÝ (zákonný zástupce)

	Pojistník (zákonný zástupce):	Pojištěné dítě:
Jméno a příjmení, titul:		
Rodné číslo:		
Adresa trvalého bydliště:		
	PSC:	PSC:
	telefonní číslo:	
Případně pojistné plnění požadují zaslat na: <i>Pokud výše plnění přesáhne 50.000,- Kč, je možné poukázat částku pouze na bankovní účet (vyžaduje se úředně ověřený podpis pojistníka/pojištěného na samostatném formuláři, zasílaném až po přiznání plnění). U nižších částek lze uvést adresu, na kterou má být plnění zasláno poštovní šekovou poukázkou.</i>	Účet číslo:	
	Adresu (je-li odlišná od adresy trvalého bydliště):	
Pojistná smlouva číslo:		

Zakřížkujte v následujícím seznamu z jakého závažného onemocnění uplatňujete nárok:

<input type="checkbox"/> Zhoubný novotvar (nádor)	<input type="checkbox"/> Poliomyelitida (mozková obrna)	<input type="checkbox"/> Meningitida
<input type="checkbox"/> Encefalitida	<input type="checkbox"/> Aplastická anémie	<input type="checkbox"/> Chronická virová hepatitida
<input type="checkbox"/> Epilepsie	<input type="checkbox"/> Revmatická horečka	<input type="checkbox"/> Získané chronické srdeční onemocnění
<input type="checkbox"/> Paralýza	<input type="checkbox"/> Slepota	<input type="checkbox"/> Hluchota
<input type="checkbox"/> Onemocnění HIV získané při transfúzi krve	<input type="checkbox"/> Konečná fáze selhání ledvin	<input type="checkbox"/> Tetanus
<input type="checkbox"/> Cukrovka	<input type="checkbox"/> Nezhojný nádor mozku	<input type="checkbox"/> Transplantace životně důležitého orgánu
<input type="checkbox"/> Operace srdeční chlopně	<input type="checkbox"/> Operace aorty	<input type="checkbox"/>

Kdy se projeví první příznaky závažného onemocnění?	Datum:
Popsať přesně o jaké potíže se jednalo:	
Kdy byla poprvé diagnóza onemocnění stanovena a kým? Uveďte jméno ošetřujícího lékaře a adresu zdravotnického zařízení:	
Uveďte adresy všech zdravotnických zařízení, kde bylo onemocnění léčeno:	

## Část II PROHLÁŠENÍ POJIŠTĚNÉHO

Já, níže podepsaný(á), jako pojištěný / jako zákoný zástupce pojištěného dítěte, prohlašuji, že veškeré údaje a prohlášení uvedené v tomto formuláři či jinak mnou poskytnuté v souvislosti s tímto oznámením jsou pravdivé a byly učiněny a uvedeny dle mého nejlepšího vědomí a svědomí, a beru na vědomí, že pokud by tomu tak nebylo, je pojišťovna oprávněna snížit nebo odmítnout výplatu pojistného plnění.

Souhlasím výslovně s tím a zmocňuji pojišťovnu k tomu, aby vyžadoval, získával, přebíral a zpracovával lékařské informace a zdravotnickou dokumentaci od kteréhokoliv lékaře (který mne / pojištěné dítě ošetřoval v jakékoli záležitosti týkající se mého / jeho fyzického či duševního zdraví), a tímto tyto lékaře, v souvislosti se zjišťováním rozsahu plnění, zmocňuji a autorizuji k podávání takových informací a k zaslání zdravotnické dokumentace pojišťovně a zprůšťuji je výslovně jejich povinnosti zachovávat mlčenlivost jinak jim uložené. V případě potřeby souhlasím s lékařským vyšetřením mé / jeho osoby v rozsahu stanoveném pojišťovnou, které bude provedeno odborným zdravotnickým zařízením (lékařem) určeným pojišťovnou. Rovněž souhlasím s tím, aby pojišťovna vyžadovala a získávala potřebné informace v jakékoli pojišťovně, se kterou bylo jednáno o uzavření smlouvy o životním pojištění a / nebo o pojištění mé / jeho osoby, a tímto tyto zmocňuji a autorizuji k podávání takových informací. Dále souhlasím s tím, aby pojišťovna nahlížela do spisů orgánů státní správy a samosprávy týkajících se události, jež by mohly mít za následek vznik pojistné události.

Beru na vědomí, že mnou dobrovolně poskytnuté osobní údaje jsou nezbytné pro provedení likvidace oznámené pojistné události. Ve smyslu zákona č. 101/2000 Sb., o ochraně osobních údajů poskytnuti pojišťovně (správci) výslovný souhlas se zpracováním osobních údajů obsažených v tomto formuláři nebo jinak poskytnutých v souvislosti s tímto oznámením, včetně citlivých údajů o zdravotním stavu, a to včetně jejich předávání zajišťovně do jiných států. Souhlas poskytnuti na celou dobu účinnosti a / nebo platnosti pojistného vztahu a dále na dobu, po kterou je pojišťovna povinen údaje uchovávat podle zvláštního právního předpisu, a to vždy za účelem administrace pojistné smlouvy. Prohlašuji, že jsem byl(a) řádně informován(a) o zpracování svých osobních údajů, o svých právech a o povinnostech zpracovatelů údajů.

..... Datum ..... Podpis pojištěného (zákonného zástupce) .....

**ČÁST III ZPRÁVA OŠETŘUJÍCÍHO LÉKAŘE (závažná onemocnění)**

Případné výdaje spojené s vyplněním tohoto formuláře hradí pojištěný.

Jméno a příjmení pojištěné(ho):	
Rodné číslo:	
Jaké onemocnění bylo u pojištěné(ho) diagnostikováno, respektive jaký chirurgický zákrok byl proveden?	
Uveďte přesné datum, kdy byla diagnóza onemocnění stanovena, respektive kdy byl proveden chirurgický zákrok:	Datum:
Které odborné pracoviště diagnózu onemocnění stanovilo? (Uveďte, prosím, adresu pracoviště a jméno lékaře, který diagnózu stanovil):	
Jaké byly první příznaky, které vedly k diagnóze závažného onemocnění?	
Kdy se první příznaky závažného onemocnění projevíly?	Datum:
Způsob léčení:	
V případě, že se jednalo o zhoubný novotvar, uveďte, prosím, histologický nálezu a klasifikaci:	
Současný zdravotní stav pojištěné(ho):	
Prognóza onemocnění:	
<b>Přiložte fotokopie veškeré lékařské dokumentace, kterou máte k dispozici a která s léčbou závažného onemocnění souvisí (histologický nálezu, odborné vyšetření, RTG popis apod.).</b>	

.....  
Datum.....  
Razítko a podpis ošetřujícího lékaře