

Oznámení pojistné události (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

	Pojistník:	Pojištěný (není-li totožný s pojistníkem):
Jméno a příjmení, titul:		
Rodné číslo:		
Adresa trvalého bydliště:		
	PSČ:	PSČ:
	telefonní číslo:	telefonní číslo:
Případné 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"/> Akutní infarkt myokardu	<input type="checkbox"/> Slepota
<input type="checkbox"/> Cévní mozková příhoda (mozková mrtvice)	<input type="checkbox"/> Hluchota
<input type="checkbox"/> Zhoubné novotvary (nádory)	<input type="checkbox"/> Nezhoubný nádor mozku
<input type="checkbox"/> Konečná (terminální) fáze selhání ledvin	<input type="checkbox"/> Onemocnění HIV získané při transfúzi krve
<input type="checkbox"/> Transplantace životně důležitého orgánu	<input type="checkbox"/> Onemocnění HIV získané při výkonu povolání
<input type="checkbox"/> Bypass srdečních (věnitčích) tepen	<input type="checkbox"/> Závažná onemocnění způsobená přisátím klíštěte

Kdy se projevily první příznaky závažného onemocnění?	Datum:
Popište přesně o jaké potíže se jednalo:	
Kdy byla poprvé diagnóza onemocnění stanovena a kým? <i>(Uveďte jméno ošetřujícího lékaře a adresu zdravotnického zařízení):</i>	
Uveďte adresy všech zdravotnických zařízení, kde bylo onemocnění léčeno:	

Část II PROHLÁŠENÍ POJIŠTĚNÉHO

Já, níže podepsaný(á), 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 pojistitel oprávněn snížit nebo odmítnout výplatu pojistného plnění.

Souhlasím výslovně s tím a zmocňuji pojistitele k tomu, aby vyžadoval, získával, přebíral a zpracovával lékařské informace a zdravotnickou dokumentaci od kteréhokoli lékaře (který mne ošetřoval v jakékoli záležitosti týkající se mého fyzického či duševního zdraví), a tímto tyto lékaře, v souvislosti se zjišťováním rozsahu plnění, zmocňuji a autorizuji k podávání takových informací a k zasílání zdravotnické dokumentace pojistiteli a zprošťuji je výslovně jejich povinnosti zachovávat mlčenlivost jinak jim uložené. V případě potřeby souhlasím s lékařským vyšetřením mé osoby v rozsahu stanoveném pojistitelem, které bude provedeno odborným zdravotnickým zařízením (lékařem) určeným pojistitelem. Rovněž souhlasím s tím, aby pojistitel vyžadoval a získával potřebné informace v jakékoli pojišťovně, se kterou bylo jednáno o uzavření smlouvy o životním pojištění a / nebo o pojištění mé osoby, a tímto tyto zmocňuji a autorizuji k podávání takových informací. Dále souhlasím s tím, aby pojistitel nahlížel 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 pojistiteli (správcí) 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 zajišťitelům do jiných států. Souhlas poskytnuti na celou dobu účinnosti a / nebo platnosti pojistného vztahu a dále na dobu, po kterou je pojistitel 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

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 nález a klasifikaci:	
Současný zdravotní stav pojištěné(ho):	
Prognóza onemocnění:	
Přílozte fotokopie veškeré lékařské dokumentace, kterou máte k dispozici a která s léčbou závažného onemocnění souvisí (histologický nález, odborné vyšetření, RTG popis apod.).	

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