

Oznámení pojistné události – onemocnění máte možnost nahlásit způsobem, který vám nejlépe vyhovuje, a to:

- elektronicky prostřednictvím internetu na adrese www.ceskapojistovna.cz
- telefonicky na čísle klientského servisu +420 841 114 114
- osobně na kterémkoli obchodním místě České pojišťovny a.s.
- zasláním papírového formuláře poštou na adresu: Česká pojišťovna a.s., P. O. BOX 305, 601 00 Brno

Pokud se rozhodnete pro oznámení onemocnění formou tohoto papírového formuláře, postupujte v souladu s níže uvedenými pokyny.

Formulář můžete vyplnit již po stanovení diagnózy odborným pracovištěm. K vyplněnému formuláři přiložte lékařské zprávy, které jsou uvedeny u jednotlivých druhů onemocnění. **Doložení lékařských zpráv je nezbytné.**

PRO UVEDENÉ ONEMOCNĚNÍ PŘILOŽTE PROSÍM NÁSLEDUJÍCÍ DOKLADY:

- | | |
|----------------------------|--------------------------------------|
| A: INFARKT MYOKARDU | OPERACE VĚNČITÝCH TEPEN |
| OPERACE SRDEČNÍ CHLOPNĚ | ZÍSKANÉ CHRONICKÉ SRDEČNÍ ONEMOCNĚNÍ |
| SELHÁNÍ LEDVIN | SLEPOTA |
| HLUCHOTA | LYMSKÁ BORELIÓZA |
| APLASTICKÁ ANÉMIE | REVMATICKÁ HOREČKA |
| SYSTÉMOVÁ SKLERODERMIE | SYSTÉMOVÝ LUPUS ERYTHEMATODES |
| TBC | CIRHÓZA JATER |
| MORBUS BECHTĚREV | POPÁLENINY |
| KARDIOMYOPATIE | OPERACE AORTY |
| COR PULMONALE | OPAKOVANÝ INFARKT MYOKARDU |

Lékařskou zprávu z odborného pracoviště potvrzující diagnózu, datum jejího stanovení a popis onemocnění, popřípadě výkonu, který byl proveden (např. propouštěcí zpráva z hospitalizace, ambulantní zpráva).

V případě operace operační protokol či propouštěcí zprávu z hospitalizace s uvedeným popisem operace.

- | | |
|---|------------------------------|
| B: ZHOUBNÉ NÁDORY (RAKOVINA) | NEZHOUBNÝ NÁDOR MOZKU |
| RAKOVINA V POZDNÍM STADIU | |
| Lékařské zprávy uvedené v bodě A a navíc histologický (cytologický) protokol nebo lékařskou zprávu obsahující histologický nález. | |

- | | |
|-------------------------------------|-------------------------------------|
| C: CÉVNÍ MOZKOVÁ PŘÍHODA | MENINGITIDA |
| ENCEFALITIDA | KLÍŠŤOVÁ MENINGOENCEFALITIDA |
| PARKINSONOVA CHOROBA DO VĚKU 65 LET | ALZHEIMEROVA CHOROBA DO VĚKU 65 LET |
| POLIOMYELITIDA | |

Lékařské zprávy uvedené v bodě A a navíc zprávu z neurologického vyšetření potvrzující příznaky onemocnění po dobu nejméně 3 měsíců od stanovení diagnózy.

- | | |
|--|--|
| D: POLIOMYELITIDA nebo TETANUS u dětí | |
| Lékařské zprávy uvedené v bodě A a navíc ověřenou kopii očkovacího průkazu, popř. potvrzení lékaře o očkování. | |

- | | |
|---|-----------------------------|
| E: CHRONICKÁ VIROVÁ HEPATITIDA | ROZTROUŠENÁ SKLERÓZA |
| OCHRNUŤ | DIABETES MELLITUS 1. TYPU |
| Lékařské zprávy uvedené v bodě A a navíc dokumentaci potvrzující příznaky onemocnění po dobu <u>nejméně 6 měsíců</u> od stanovení diagnózy. | |

- | | |
|--|--|
| F: TRANSPLANTACE ŽIVOTNĚ DŮLEŽITÝCH ORGÁNŮ | |
| Lékařské zprávy uvedené v bodě A a navíc potvrzení o zavedení do seznamu čekatelů na transplantaci, tzv. waiting-list vypracovaný ve specializovaném pracovišti na území České republiky (v případě, že nebyla provedena operace). | |

- | | |
|--|--|
| G: ONEMOCNĚNÍ HIV ZÍSKANÉ PŘI TRANSFUZI KRVE | |
| Lékařské zprávy uvedené v bodě A a navíc písemné uznání odpovědnosti instituce, která provedla transfuzi, za přenos onemocnění nebo soudní rozhodnutí s doložkou právní moci, které takovou odpovědnost potvrzuje. | |

Výše uvedené dokumenty prosím předejte do České pojišťovny a.s.:

- osobně na kterémkoli obchodním místě (seznam a adresy najdete na www.ceskapojistovna.cz)
- elektronicky v naskenované podobě prostřednictvím internetových stránek www.ceskapojistovna.cz/klient
- poštou na adresu: Česká pojišťovna a.s., P. O. BOX 305, 601 00 Brno

V případě, že údaje uvedené v tomto oznámení nebudou postačovat k identifikaci dle zákona č. 253/2008 Sb., můžete být následně vyzván(a) k jejich doplnění.

Tato stránka je určena pro vaši potřebu, nezasílejte ji zpět do České pojišťovny a.s.

Upozornění: u políček platnou variantu označte křížkem



ÚDAJE O NEMOCNĚM

Číslo pojistných smluv, kterými jste u České pojišťovny a.s. pojištěn(a) pro případ onemocnění

Příjmení/Titul		Rodné číslo	
Jméno		Č. p.	
Ulice (místo)		PSČ	
Obec (pošta)			
Telefon/E-mail			

Pojistné plnění poukažte na účet

Předčíslí účtu	Číslo účtu	Kód banky
----------------	------------	-----------

ÚDAJE K POJISTNÉ UDÁLOSTI

Kdy bylo poprvé onemocnění diagnostikováno?

Název nemoci (diagnóza)

Zdravotnické zařízení, kde bylo onemocnění léčeno (název zařízení, adresa, jméno a příjmení odborného lékaře, telefon, e-mail)

Praktický lékař, u kterého je vedena zdravotnická dokumentace (název zařízení, adresa, jméno a příjmení lékaře, telefon, e-mail)

PROHLÁŠENÍ

Prohlášení:

Prohlašuji, že jsem všechny údaje uvedl(a) pravdivě a úplně a že jsem si vědom(a) důsledků nesprávných odpovědí na povinnost pojistitele plnit. Ve smyslu zákona č. 20/1966 Sb., o péči a zdraví lidu, a Všeobecných pojistných podmínek pro životní pojištění zmocňuji pojistitele k získání informací shromážděných ve zdravotnické dokumentaci vedené o mé osobě či o osobě, jejímž jsem zákonným zástupcem, potřebných k posouzení mých/jejich nároků na pojistné plnění z životního pojištění. Souhlasím, aby si pojistitel vyžádal potřebnou zdravotnickou dokumentaci o léčení a zdravotním stavu mém nebo osoby, jejímž jsem zákonným zástupcem, pro šetření životních pojistných událostí. Souhlas uděluji za účelem vyřizování pojistných událostí, případně i na dobu po mé smrti či smrti osoby, jejímž jsem zákonným zástupcem. Dále zmocňuji lékaře, zdravotnická zařízení a zařízení poskytující zdravotní péči k vyhotovení lékařských zpráv, výpisů ze zdravotnické dokumentace či k jejich zapůjčení. Tímto zprůšťuji od povinnosti zachovávat mlčenlivost lékaře, zdravotnická zařízení a zařízení poskytující zdravotní péči, které pojistitel požádá o uvedené informace. Pojistitel zpracovává ve smyslu zákona 101/2000 Sb., o ochraně osobních údajů, mé osobní údaje nebo osobní údaje osoby, jejímž jsem zákonným zástupcem, v souladu s tímto zákonem. Souhlasím s tím, aby mé osobní údaje, resp. osobní údaje osoby, které jsem zákonným zástupcem, byly zpracovávány pojistitelem v rámci pojišťovací činnosti, zajišťovací činnosti a činnosti souvisejících s pojišťovací a zajišťovací činností podle zákona č. 277/2009 Sb., o pojišťovnictví, a to po dobu nezbytně nutnou k zajištění všech práv a povinností plynoucích ze závazkového vztahu. Souhlasím, abych byl(a) pojišťovnou kontaktován(a) elektronickou cestou, s využitím mnou uvedených kontaktních údajů (e-mail/telefon), a to včetně zasílání informací vypovídajících o mém zdravotním stavu nebo zdravotním stavu toho, jehož jsem zákonným zástupcem.

Vyplňte jen, vzniklo-li právo na plnění nezletilému dítěti:

Příjmení, jméno		Rodné číslo	
Adresa (místo, ulice, č. p., PSČ)		Podpis nemocného nebo jeho zákonného zástupce	
Vztah k výše uvedenému nemocnému			

IDENTIFIKACE

IDENTIFIKACE, KONTROLA osoby mající právo na plnění – nemocný nebo jeho zákonný zástupce (zákon č. 253/2008 Sb.):

Identifikovaná osoba – příjmení, jméno		Rodné číslo	
Politicky exponovaná osoba	<input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/> ANO	Jméno a funkce PEO	
Totožnost a shoda podoby ověřena podle	<input type="checkbox"/> občanského průkazu	<input type="checkbox"/> cestovního pasu	<input type="checkbox"/> jiného dokladu
Číslo dokladu		Vydáno (stát, popř. orgán)	
Platnost do		Místo narození	<input type="checkbox"/> Státní občanství <input type="checkbox"/> ČR <input type="checkbox"/> Jiné

KONTROLA KLIENTA:

Účel a zamýšlená povaha obchodu:	<input type="checkbox"/> pojistná ochrana a/nebo akumulace finančních prostředků	<input type="checkbox"/> jiné (definujte)
Zdroje finančních prostředků (příjmy):	<input type="checkbox"/> ze závislé/podnikatelské činnosti	<input type="checkbox"/> jiné (definujte)

Prohlášení klienta: Potvrzuji, že všechny výše uvedené údaje jsou úplné a pravdivé, že jsem nezamířel žádné údaje, které mi jsou nebo mohou být známy, a zavazuji se bez zbytečného odkladu nahlásit pojistiteli jejich změnu. **Prohlášení zástupce pojistitele:** Potvrzuji, že jsem všechny údaje i podobu podle dokladu totožnosti řádně ověřil a že jsem kontrolu provedl v rozsahu potřebném k posouzení možného rizika legalizace výnosů z trestné činnosti a financování terorismu.

Datum podpisu		Podpis identifikované osoby	Podpis zástupce ČR, identifikace a razítko
---------------	--	-----------------------------	--



TC89449002010