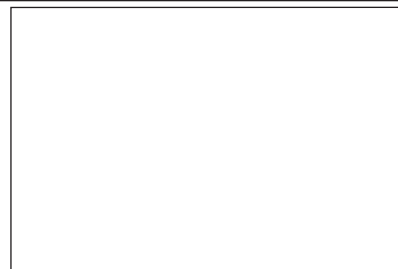




Oznámení pojistné události Závažná onemocnění

RČ pojištěného

LPU-ZO Verze 02

Pojstítel: Česká pojišťovna a.s., Spálená 75/16, 113 04 Praha 1, Česká republika, IČ: 45272956, zapsaná v Obchodním rejstříku u Městského soudu v Praze oddíl B, vložka 1464 (dále jen „ČP“)

Pojištěný

Příjmení

Jméno Titul

Rodné číslo

Ulice (místo) Č.p.

Obec (pošta) PSČ

Telefon

Pojistné smlouvy

číslo číslo

Pojistné plnění, případně jiný závazek ze strany České pojišťovny a.s. zašlete:

na účet:

Předčíslí a č. účtu Specifický symbol spořizir. účtu

Název banky Kód banky

na adresu: (pro urychlení výplaty pojistného plnění volte formu na adresu pouze v případě, že nemáte k dispozici bankovní účet)

Příjmení

Jméno

Ulice (místo) Č.p.

Obec (pošta) PSČ

Poučení pro osobu uplatňující nároky

- Vyplňte dále uvedené údaje SLOVY (NEPROŠKRTÁVEJTE). Bez úplného vyplnění včetně podpisu pojištěného nebo jeho zákonného zástupce nelze zahájit likvidační řízení. Nestačí-li místo na požadované údaje, uveďte je zvlášť v příloze.
- Formulář předložte k vyplnění lékaři pojištěného.
- V případě jakýchkoli nejasností nás můžete kontaktovat na telefonním čísle Klientského servisu České pojišťovny a.s.: +420 841 114 114, nebo prostřednictvím našich internetových stránek: www.ceskapojistovna.cz
- Vyplněné Oznámení zašlete na adresu: Česká pojišťovna a.s., PO BOX 305, 601 00 Brno.

Kde je v současné době vedena (uložena) zdravotnická dokumentace, týkající se Vašeho závažného onemocnění? Uveďte název a adresu zdravotnického zařízení a jméno lékaře.

Adresa zdravotnického zařízení (ulice – místo, č.p./č.or., obec – pošta, PSČ, telefon); příjmení a jméno lékaře:

Kdy došlo k prvním příznakům závažného onemocnění? Datum Druh potíží Kdy Vám byla poprvé sdělena diagnóza závažné onemocnění? Datum Název nemoci (diagnóza)

Název a adresa zdravotnického zařízení a jméno lékaře:



TC89277002021

Kdy, kde a jak jste se bezprostředně po zjištění nemoci a případě ještě následně léčil(a)?

Uveďte přesnou dobu (od kdy do kdy), názvy a adresy zdravotnických zařízení, jména lékařů a způsob léčení (operace, dialýza, konzervativní léčba v lůžkovém zařízení, lázně apod.)

od do

Trpěl(a) jste podobnými příznaky již někdy v minulosti? ANO NE Kdy? Jakými? Jak jste byl(a) léčen(a)?

Dokumenty přiložené k vyplněnému oznámení ANO NE v počtu

Přiložené dokumenty

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem všechny údaje uvedl(a) pravdivě a úplně, že jsem k hlášenému závažnému onemocnění vyplnil(a) pro Českou pojišťovnu, a.s. pouze toto oznámení a že jsem si vědom(a) důsledku nesprávných odpovědí na povinnost pojistitele plnit. Souhlasím, aby si Česká pojišťovna a.s. pro šetření pojistné události vyžádala veškerou potřebnou zdravotnickou dokumentaci o mém zdravotním stavu a léčení. Vzhledem k typu pojištění žádám současně svého lékaře o uvedení zcela přesné diagnózy mého onemocnění na této straně oznámení i v případě, že půjde o diagnózu, která se obvykle pacientům v plném rozsahu nesděluje. Tímto zprošťuji od povinnosti zachovávat mlčenlivost lékaře, zdravotnická zařízení a zařízení poskytující zdravotní péči, kde jsem se dosud léčil(a), lečím nebo se budu léčit.

V dne

Podpis pojištěného nebo jeho zákonného zástupce

ZPRÁVA LÉKAŘE

Závažná onemocnění a výkony (zaškrtněte ze seznamu uvedených)	ANO <input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/>	Konečná diagnóza musí být stanovena minimálně na základě těchto nezbytných údajů (prosíme o doložení příslušných lékařských zpráv)
Infarkt myokardu	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Vznik potíží, jejich charakter, popis změn na EKG a jejich vývoj, vzestup hodnot kardioprotektivních enzymů.
Dvoj – a vícenásobný koronární bypass	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Popis předoperační koronografie, přesná operační diagnóza. Kopie operačního protokolu.
Cévní mozková příhoda	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Známky a rozsah neurologického postižení. Aktuální neurologický nález. Hodnocení neurologického nálezu po 3 nebo více měsících od CMP.
Maligní nádor (onemocnění)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Histologický nález včetně čísla vyšetření. V případě chirurgického řešení operační diagnóza a druh výkonu. Kopie operačního protokolu. Klasifikace TNM.
Selhání ledvin	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Výsledky vyšetření indikující zařazení do dialyzačního a (nebo) transplantačního programu. Zahájení a frekvence dialýzy, eventuálně datum transplantace ledviny. Kopie operačního protokolu.
Transplantace srdce, plic, jater, slinivky břišní nebo kostní dřeně	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Výsledky vyšetření indikující zařazení do transplantačního programu. Přesná operační diagnóza. Kopie operačního protokolu.
Slepota	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Úplný oftalmologický nález s hodnocením visu obou očí.

Otázky pro lékaře (Na všechny otázky je třeba odpovědět přesně a úplně – viz výše uvedené prohlášení pojištěného.)

1. Uveďte bližší popis výše vybraného závažného onemocnění, resp. výkonu který byl proveden.

2. Kdy byla diagnóza stanovena (příp. verifikována), resp. kdy byl proveden výkon? Datum

Ve kterém zdravotnickém zařízení? (Uveďte, prosím, celý název, adresu a jméno příslušného odborného lékaře.)

Na základě jakých příznaků, vyšetření a nálezů?

3. Kdy byly pozorovány nebo zjištěny první příznaky tohoto onemocnění, nemoci či poruchy, které byly v přímé příčinné souvislosti se závažným onemocněním? Datum

Ve kterém zdravotnickém zařízení? (Uveďte, prosím, celý název, adresu a jméno příslušného odborného lékaře.)

4. Jiná sdělení lékaře

V dne

Razítko a podpis lékaře

RČ pojištěného