



# Oznámení škodné události z pojištění závažných onemocnění FÉNIX

Číslo pojistné smlouvy: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Otisk razítka, datum převzetí a podpis

## Vyplní pojištěný (opatrovník):

Pojištěný:

Jméno: \_\_\_\_\_ Příjmení: \_\_\_\_\_ Titul: \_\_\_\_\_

Datum narození: \_\_\_\_\_ Rodné číslo: \_\_\_\_\_ Kód zdrav. pojišťovny: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_ e-mail: \_\_\_\_\_

Korespondenční adresa

Ulice: \_\_\_\_\_ Číslo popisné: \_\_\_\_\_

PSČ: \_\_\_\_\_ Obec (dodávací pošta): \_\_\_\_\_

Plnění poukážte  na účet číslo: \_\_\_\_\_  
 poukázkou na jméno pojištěného a výše uvedenou adresu

Lékař, u kterého je vedena kompletní zdravotní dokumentace pojištěného k tomuto onemocnění:

Jméno: \_\_\_\_\_ Příjmení: \_\_\_\_\_ Titul: \_\_\_\_\_

Název a adresa zdravotnického zařízení - ulice, číslo popisné, PSČ a obec (dodávací pošta): \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_ E-mail: \_\_\_\_\_

Prohlašuji, že jsem všechny otázky zodpověděl/a pravdivě a úplně, že jsem k hlášené škodné události podal/a pouze toto oznámení. Jsem si vědom/a důsledků nesprávných odpovědí na povinnost pojistitele plnit. Souhlasím, aby si pojistitel vyžádal veškerou potřebnou zdravotní dokumentaci o mém léčení a zdravotním stavu.

Svým podpisem zprošťuji lékaře a zaměstnance zdravotnických zařízení a úřadů (zdravotních pojišťoven, finančních úřadů, úřadů sociálního zabezpečení atd.) povinností mlčenlivosti a zmocňuji je k poskytnutí potřebných informací pojistiteli k ukončení likvidace pojistné události.

Uvedte, zda se v době vzniku škodné události vztahovala některá další pojištění na pojistné riziko, z něhož uplatňujete pojistné plnění  ANO  NE

Pokud ano, uveďte názvy pojistitelů a jejich pojistné částky: \_\_\_\_\_

V \_\_\_\_\_ dne \_\_\_\_\_

Podpis pojištěného (opatrovníka)

Poplatek za vyplnění této zprávy hradí pojištěný.

## Vyplní lékař:

### Část 1- stanovení diagnózy onkologického onemocnění

Datum stanovení diagnózy: \_\_\_\_\_  
(Datum histologického nálezu)

Hlavní diagnóza (MKN-10): \_\_\_\_\_ slovy: \_\_\_\_\_

Klasifikace TNM: \_\_\_\_\_

Histologický nálezn: \_\_\_\_\_

Léčil se pacient pro toto onemocnění již dříve?  ANO - uveďte datum kdy bylo onemocnění poprvé diagnostikováno: \_\_\_\_\_  
 NE

Jde o recidivu?  ANO k diagnóze ze dne: \_\_\_\_\_  
 NE

V \_\_\_\_\_ dne \_\_\_\_\_

Razítko a podpis ošetřujícího lékaře  
(Název a adresa zdravotnického zařízení)

## Část 2 – chemoterapie, radioterapie

### Chemoterapie (cytostatická, hormonální, biologická, imunoterapie)

1. cyklus	od	<input type="text"/>	do	<input type="text"/>
2. cyklus	od	<input type="text"/>	do	<input type="text"/>
3. cyklus	od	<input type="text"/>	do	<input type="text"/>
4. cyklus	od	<input type="text"/>	do	<input type="text"/>
5. cyklus	od	<input type="text"/>	do	<input type="text"/>

### Radioterapie

1. cyklus	od	<input type="text"/>	do	<input type="text"/>
2. cyklus	od	<input type="text"/>	do	<input type="text"/>
3. cyklus	od	<input type="text"/>	do	<input type="text"/>
4. cyklus	od	<input type="text"/>	do	<input type="text"/>
5. cyklus	od	<input type="text"/>	do	<input type="text"/>

V ..... dne .....

.....  
 Razítko a podpis ošetřujícího lékaře  
 (Název a adresa zdravotnického zařízení)

## Část 3 – operace

Dne  podstoupil pojištěný operaci v souvislosti s onkologickým onemocněním.

V ..... dne .....

.....  
 Razítko a podpis ošetřujícího lékaře  
 (Název a adresa zdravotnického zařízení)

## Část 4 – paliativní péče

Dne  byla zahájena paliativní péče.

V ..... dne .....

.....  
 Razítko a podpis ošetřujícího lékaře  
 (Název a adresa zdravotnického zařízení)

### Požadovaná dokumentace:

- vyplněný formulář oznámení škodné události
- kopie občanského průkazu, pasu nebo jiného dokladu potvrzujícího identitu pojištěného
- lékařská zpráva

Vyplněný formulář předejte zástupci pojistitele tohoto pojištění nebo zašlete přímo na adresu: Pojišťovna VZP, a.s., odbor likvidace pojistných událostí, Lazarská 1718/3, 110 00 Praha 1, případně na e-mail: oznameni.udalosti@pvzp.cz

Upozornění: Posíláte-li oznámení škodné události e-mailem, nesmí velikost jedné zprávy překročit 15MB.