

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.) povinnosti 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		do	
2. cyklus	od		do	
3. cyklus	od		do	
4. cyklus	od		do	
5. cyklus	od		do	

Radioterapie

1. cyklus	od		do	
2. cyklus	od		do	
3. cyklus	od		do	
4. cyklus	od		do	
5. cyklus	od		do	

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.