

Oznámení škodní 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 poukažte ☐ na účet číslo: _____

☐ poukázkou na jméno pojištěného a výše uvedenou adresu

(V případě, že oprávněná osoba požaduje výplatu nad 50.000,- Kč na adresu, je nutné vyplnit formulář „Žádost o výplatu pojistného plnění nad 50 000 Kč na adresu příjemce“)

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 škodní 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 škodní 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- Pojištění onkologických 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 – Pojištění dalších závažných onemocnění

- ☐ Akutní infarkt myokardu
- ☐ Alzheimerova choroba nebo demence před dovršením 60 let
- ☐ Amyotrofická laterální skleróza (ALS)
- ☐ Cévní mozková příhoda (CMP)
- ☐ Encefalitida (zánět mozkové tkáně)
- ☐ Hluchota
- ☐ Chirurgický zákrok - operace věnčitých (koronárních) tepen (bypass)
- ☐ Ochrnutí
- ☐ Parkinsonova choroba před dosažením věku 60 let
- ☐ Roztroušená skleróza
- ☐ Slepota
- ☐ Transplantace důležitého orgánu

Datum stanovení diagnózy:

Hlavní diagnóza (MKN-10): slovy:

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

V dne

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

Požadovaná dokumentace:

- vyplněný formulář oznámení škodní události
- kopie lékařských záznamů

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 škodní události e-mailem, nesmí velikost jedné zprávy překročit 15MB.