



Oznámení škodní události z pojištění závažných onemocnění

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

(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.) povinností 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 (zákonného zástupce/ 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
- Aplastická anémie
- Bakteriální meningitida
- Creutzfeldt - Jakobova nemoc
- Crohnova nemoc
- Chronická pankreatitida
- Kardiomyopatie
- Operace aorty
- Operace srdeční chlopně
- Poliomyelitida
- Revmatoidní artritida
- Selhání jater v konečném stádiu
- Selhání ledvin
- Selhání plic
- Svalová dystrofie
- Systémový lupus (erythematodes)
- Ztráta končetiny
- Závažné popáleniny
- Ztráta řeči

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:

- a) vyplněný formulář oznámení škodní události
- b) 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.