



Oznámení vážného onemocnění dospělé osoby

Vyplňte části B. až E. – bez jejich úplného vyplnění včetně podpisu nelze poskytnout pojistné plnění – a **předjeďte k vyplnění části F. svému ošetřujícímu lékaři** z oboru medicíny, který je příslušný k podání zprávy podle charakteru vážného onemocnění – např. interna, onkologie. Uplatňujete-li právo na pojistné plnění **za vážného onemocnění**, při kterém jste podstoupil(a) operativní léčení nebo jste byl(a) hospitalizován(a), přiložte propouštěcí zprávu z nemocnice, příp. operáční protokol, máte-li je k dispozici. **Náklady spojené s vyplněním zprávy lékaře pojistitel nehradí** (podle zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění, ve znění pozdějších předpisů, jde o výkon provedený v osobním zájmu a na žádost fyzické osoby, který není hrazen ze zdravotního pojištění).
Osobní údaje vč. údajů o zdravotním stavu (dále jen „údaje“) jsou zpracovány jen v rozsahu a po dobu nezbytnou k zajištění práv a povinností z pojištění. Neposkytnutí relevantních údajů může způsobit nemožnost plnění z pojištění. Údaje mohou být poskytnuty třetí osobě pouze v souladu se zákonem č. 101/2000 Sb., o ochraně osobních údajů. Subjekt údajů má právo na informaci o rozsahu zpracování jeho osobních údajů podle § 12 a právo na ochranu svých práv podle § 21 citovaného zákona.

A. POJISTITEL

Kooperativa pojišťovna, a.s., Vienna Insurance Group, Pobřežní 665/21, 186 00 Praha 8, Česká republika
IČO 47116617, zapsaná v obchodním rejstříku u Městského soudu v Praze, sp. zn. B 1897

B. POJIŠTĚNÝ

Rodné číslo ¹⁾	Příjmení	Jméno	Titul
Adresa trvalého pobytu/bydliště Ulice (místo), číslo popisné/orientační		PSČ	
Obec – dodací pošta		<input type="checkbox"/> Jiný stát než ČR, jaký, ZIP kód ²⁾	
E-mail	Mobilní telefon	Telefon	

¹⁾ U cizinců se zapisuje datum narození ve tvaru RRRMMDD/9999.
²⁾ Není-li vyplněno, platí stát ČR.
³⁾ Platnou variantu označte křížkem (platí i v ostatních případech s možností více variant).

C. ÚDAJE O POJIŠTĚNÍ A POJISTNÉ UDÁLOSTI

Nestačí-li pro požadované údaje místo v předtištěných kolonkách, uveďte je na samostatném listu, který přiložte k tomuto formuláři

Číslo pojistné smlouvy	Číslo pojistné smlouvy	Číslo pojistné smlouvy	Číslo pojistné smlouvy
V rámci pojištění pro případ vážných onemocnění uplatňují právo na pojistné plnění za			
<input type="checkbox"/> infarkt myokardu	<input type="checkbox"/> nitrolební nádory nezhoubného původu	<input type="checkbox"/> příčnou míšňí lézi	<input type="checkbox"/> náhradu srdeční chlopně
<input type="checkbox"/> náhlou cévní mozkovou příhodu	<input type="checkbox"/> klinicky potvrzenou hluchotu	<input type="checkbox"/> klinicky potvrzenou slepotu	<input type="checkbox"/> meningitidu
<input type="checkbox"/> Alzheimerovu chorobu	<input type="checkbox"/> systémový lupus erythematoses	<input type="checkbox"/> glaukom	<input type="checkbox"/> encefalitidu
<input type="checkbox"/> akutní koronární syndrom	<input type="checkbox"/> fulminantní meningokokové onemocnění	<input type="checkbox"/> amyotrofickou laterální sklerózu	<input type="checkbox"/> HIV nákazu
<input type="checkbox"/> idiopatickou plicní fibrózu	<input type="checkbox"/> životně nezbytnou transplantaci důležitých tělesných orgánů	<input type="checkbox"/> roztroušenou sklerózu	<input type="checkbox"/> operaci aorty
<input type="checkbox"/> rakovinu (zhoubný novotvar)	<input type="checkbox"/> totální selhání ledvin	<input type="checkbox"/> cukrovku (diabetes mellitus)	<input type="checkbox"/> narození vícčetat
<input type="checkbox"/> lymfom	<input type="checkbox"/> Parkinsonovu chorobu	<input type="checkbox"/> rupturu aneuryzmatu mozkové tepny	<input type="checkbox"/> úmrtí rodičky při porodu
<input type="checkbox"/> leukemii	<input type="checkbox"/> primární kardiomyopatii	<input type="checkbox"/> operaci věnčitých tepen	<input type="checkbox"/> vrozenou vadu narozeného dítěte
<input type="checkbox"/> Hodgkinovu chorobu	<input type="checkbox"/> sníženou soběstačnost	<input type="checkbox"/> chronickou glomerulonefritidu	
Trpěl(a) jste někdy před vznikem vážného onemocnění zdravotními potížemi?	Pokud ano, od kdy? Jakými:		
<input type="checkbox"/> Ano <input type="checkbox"/> Ne		
Trpěl(a) jste podobnými potížemi jako nyní již v minulosti?	Pokud ano, kdy a jak jste byl(a) léčen(a):		
<input type="checkbox"/> Ano <input type="checkbox"/> Ne		
Kdy došlo k prvním příznakům vážného onemocnění?	Druh potíží:		
Datum		
Kdy Vám byla poprvé sdělena diagnóza vážného onemocnění?	Diagnóza:		
Datum		
Uveďte název a adresy odborných lékařů a odborných zdravotnických zařízení, ve kterých jste byl(a) vyšetřen(a) a léčen(a), dobu léčení od - do a způsob léčby			
.....			

D. ZPŮSOB VÝPLATY PLNĚNÍ

Pojistné plnění poukáže na (uveďte pouze jednu z možností)

<input type="checkbox"/> Číslo účtu	Kód banky	Specifický symbol
<input type="checkbox"/> Pojistnou smlouvu č.	<input type="checkbox"/> Jinou adresu	Jméno a příjmení/Název
<input type="checkbox"/> Adresu trvalého pobytu/bydliště uvedenou v části B.	Ulice, číslo popisné/orientační, PSČ, obec	
Náleží-li pojistné plnění nezletilé nebo nesvéprávné osobě, uveďte údaje o jejím zákonném zástupci (např. otec, matka, opatrovník).		

E. PŘILOŽENÉ DOKUMENTY

Lékařská zpráva Propouštěcí zpráva Histologický nálezh Operační protokol Jiné:

Prohlašuji, že všechny údaje v tomto tiskopisu jsem uvedl(a) úplně a pravdivě a že nárok na pojistné plnění v důsledku uvedeného onemocnění uplatňuji jen na tomto tiskopisu. Jsem si vědom(a) právních důsledků neúplných nebo nepravdivých odpovědí na povinnost pojistitele plnit. Dále se zavazuji oznámit pojistiteli bez zbytečného odkladu každou změnu výše uvedených údajů. Zmocňuji tímto pojistitele, aby z důvodu zjištění mého zdravotního stavu v souvislosti s výkonem práv a plněním povinností pojistitele plynoucích z pojistné smlouvy činil dotazy, a to i po mé smrti, ohledně mého zdravotního stavu u příslušných lékařů (zdravotnických zařízení) a žádal tyto lékaře (zdravotnická zařízení) o pořízení výpisu nebo opisů ze zdravotnické dokumentace vedené o mé osobě, popř. z jiných zápisů, které se vztahují k mému zdravotnímu stavu. Zároveň v souladu s § 51 odst. 2 písm. b) zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování opravňuji příslušného lékaře (zdravotnické zařízení), aby pojistiteli na jeho žádost - v rozsahu výše uvedeného zmocnění - poskytl požadované informace tak, jak je povinen je poskytovat pacientovi podle § 31 a násl. citovaného zákona, a to i v případě, že jde o diagnózu, která se obvykle pacientům v plném rozsahu nesděluje.

Datum: | | | | 2 0 1 |
Podpis pojištěného (oprávněné osoby)
Podpis zákonného zástupce, není-li pojištěný (oprávněná osoba) plně svéprávný

Otázky pro lékaře (na všechny otázky je třeba odpovědět přesně a úplně – viz prohlášení pojištěného (oprávněné osoby) na přední straně formuláře před podpisem)

Uveďte bližší popis výše vybraného vážného onemocnění, resp. výkonu, který byl proveden (v případě nádorového onemocnění doložte histologický nálezn).

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.

Kdy byly pozorovány nebo zjištěny první příznaky tohoto onemocnění, jiné nemoci či poruchy, které byly v přímé příčinné souvislosti s vážným onemocněním?

Datum

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

Byl pojištěný informován o uvedeném vážném onemocnění?

Ano

Ne

Pokud ano, kdy a jakým způsobem?

Současný stav pojištěného a způsob terapie

Název zdravotnického zařízení nebo jméno lékaře

Ulice (místo), číslo popisné/orientační

Obec - dodací pošta

PSČ

Název oddělení

Číslo oddělení

Telefon

Datum

2 | 0 | 1

Razítko a podpis lékaře

¹⁾ U cizinců se zapíše datum narození ve tvaru RRRMMDD/9999.

²⁾ Platnou variantu označte křížkem (platí i v ostatních případech s možností více variant).