

OZNÁMENÍ VÁŽNÉHO ONEMOCNĚNÍ

A. POJIŠTĚNÝ

Číslo pojistné události: _____

Vyplňte přední stranu tohoto tiskopisu ve všech bodech a předejte k vyplnění druhé strany ošetřujícímu lékaři - bez úplného vyplnění včetně podpisu nelze poskytnout pojistné plnění.

Za vyplnění tohoto tiskopisu uhradíte lékaři jím požadovanou částku (podle vyhlášky ministerstva zdravotnictví ČR č. 467 / 1992 Sb., o léčebné péči poskytované za úhradu, jde o zdravotní výkon, který nesleduje léčebný účel

a je proveden na Vaši žádost a ve Vašem zájmu) a předložte o tom pojišťovně potvrzení. Pojišťovna se bude podílet na úhradě těchto nákladů částkou ve výši 80,- Kč, kterou obdržíte spolu s případnou výplatou plnění. Nestačí-li pro požadované údaje místo v předtištěných rubrikách, uveďte je v příloze.

Rodné číslo: _____	Příjmení: _____	Jméno: _____	Titul: _____
Adresa - ulice (místo), č. p: _____		Obec - dodací pošta: _____	PSČ: _____
Telefon včetně předvolby: _____	Číslo pojistné smlouvy (pojistky): _____	Uzavřené dne: _____	Číslo klienta (bylo-li již přiděleno): _____
			Sazba: _____

Trpěl(a) jste před vznikem vážného onemocnění zdravotními potížemi? Ano Ne

Pokud ano, od kdy? Jakými:

.....

Kdy došlo k prvním příznakům vážného onemocnění?

Datum: _____

Druh potíží:

.....

Název (diagnóza) vážného onemocnění a kdy Vám byla poprvé sdělena?

Datum: _____

Diagnóza:

.....

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:

.....

.....

.....

Pojistné plnění poukažte na adresu nebo účet (uveďte pouze jednu z možností):

Peněžní ústav: _____

Číslo účtu: _____

Kód banky: _____

Specifický symbol: _____

Prohlašuji, že všechny údaje v tomto tiskopisu jsem uvedl(a) úplně a pravdivě a že nárok na plnění v důsledku uvedeného onemocnění uplatňuji jen na tomto tiskopise. Jsem si vědom(a) právních důsledků neúplných nebo nepravdivých odpovědí na povinnost pojišťovny plnit. Souhlasím s tím, aby si Kooperativa, pojišťovna, a.s. vyžádala o mém léčení a zdravotním stavu (o léčení a zdravotním stavu pojištěného) veškerou

potřebnou dokumentaci a opravňuji dotazované lékaře a zdravotnická zařízení ke sdělování informací o mém zdravotním stavu (zdravotním stavu pojištěného) pojišťovně, a to i v případě úmrtí. Souhlasím s tím, aby Kooperativa, pojišťovna, a.s. získané údaje o mém léčení a zdravotním stavu (o léčení a zdravotním stavu pojištěného) zpracovávala po dobu potřebnou pro účely pojištění vážných onemocnění.

Datum: _____

V
Místo

.....
Podpis pojištěného (oprávněného)

B. ZPRÁVA LÉKAŘE

Informace pro lékaře:

Pojištění vážných onemocnění zahrnuje vyjmenovaná vážná onemocnění, jejichž konečná diagnóza musí být založena na těchto kritériích:

- infarkt myokardu - anamnéza typické bolesti v krajině srdeční, čerstvé změny na EKG, zvýšená hladina srdečních enzymů
- náhlá cévní mozková příhoda - aktuální neurologický nálezn, potvrzení trvalého neurologického poškození neurologem, nejdříve jeden měsíc po CMP
- zhoubný novotvar (maligní onemocnění) - histologický nálezn včetně vyšetření, v případě chirurgického řešení operační diagnóza a druh výkonu (kopie operační vložky)
- totální selhání ledvin - nutnost pravidelné dlouhodobé dialýzy nebo dialyzačně transplantačního programu (transplantace ledviny)
- paréza dvou nebo více končetin - úplná a trvalá ztráta funkčního ovládní následkem nemoci nebo úrazu potvrzená odborným lékařem nejdříve tři měsíce od vzniku onemocnění
- úplná a trvalá slepota obou očí - úplný oftalmologický nálezn s hodnocením visu
- transplantace srdce, plic, jater, slinivky břišní, ledviny nebo kostní dřeně - výsledky vyšetření indikující zařazení do transplantačního programu, operační diagnóza a vlastní výkon (kopie operační vložky)

Které z výše uvedených vážných onemocnění bylo u pojištěného diagnostikováno a kdy, resp. jaký typ výkonu byl proveden, kdy?

.....

Na základě jakých příznaků, vyšetření a nálezů (viz výše)?

.....

Ve kterém zdravotnickém zařízení (uveďte, prosím, celý název a adresu, pokud možno i jméno příslušného odborného lékaře)?

.....

Kdy byly zpozorovány nebo zjištěny první příznaky vážného onemocnění, které byly v příčinné souvislosti s tímto onemocněním?

Datum:

| | | | | | | | | | | |

Ve kterém zdravotnickém zařízení (uveďte, prosím, celý název a adresu, pokud možno i jméno příslušného odborného lékaře)?

.....

Byl pojištěný informován o uvedeném vážném onemocnění?

Ano Ne

Pokud ano, kdy?

Současný stav pojištěného a způsob terapie:

.....

Jiná sdělení ošetřujícího lékaře:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Název zdravotnického zařízení nebo jméno lékaře:

Adresa - ulice (místo), č. p:

Obec - dodací pošta:

PSČ:

| | | | |

Název oddělení:

Číslo oddělení:

Telefon včetně předvolby:

| | | | | | | | | | | |

Datum:

| | | | | | | | | |

V

Místo

.....
Razítko a podpis lékaře