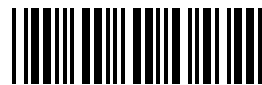


Vyplněný formulář včetně příloh zašlete na adresu:

Kooperativa pojišťovna, a.s.,
Vienna Insurance Group
Centrum zákaznické podpory
centrální podatelna
Brněnská 634, 664 42 Modřice

Prezentační razítko



0 0 2

Oznámení vážného onemocnění

Vyplňte části B. až E. – bez jejich úplného vyplnění včetně podpisu nelze poskytnout pojistné plnění – a **předejte 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 vážné onemocnění**, při kterém jste podstoupil(a) operativní léčení nebo jste byl(a) hospitalizován(a), přiložte propouštěcí zprávu z nemocnice, příp. operační 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 zpracovávány 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, Templová 747, 110 01 Praha 1, Česká republika
IČ 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 ²⁾		PSČ	
Ulice (místo), číslo popisné/orientační			
Obec – dodací pošta		<input type="checkbox"/> Jiný stát než ČR, jaký, ZIP kód ^{2,3)}	
E-mail	Mobilní telefon	Telefon	

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

C. ÚDAJE O POJIŠTĚNÍ A ŠKODNÉ UDÁLOSTI

Nestačí-li pro požadované údaje místo v předtisknutých 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 ⁴⁾			
<input type="checkbox"/> infarkt myokardu	<input type="checkbox"/> rakovinu (zhoubný novotvar)	<input type="checkbox"/> transplantaci tělesného orgánu – srdce, plic, jater, slinivky břišní, ledviny nebo kostní dřeně	<input type="checkbox"/> plegii dvou nebo více končetin
<input type="checkbox"/> náhlou cévní mozkovou příhodu	<input type="checkbox"/> nitrolební nádory nezhoubného původu	<input type="checkbox"/> totální selhání ledvin	<input type="checkbox"/> úplnou a trvalou ztrátu zraku obou očí
<input type="checkbox"/> Alzheimerovu chorobu	<input type="checkbox"/> hluchotu	<input type="checkbox"/> Parkinsonovu chorobu	<input type="checkbox"/> amyotrofskou laterální sklerózu
Trpěl(a) jste 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			

⁴⁾ Popis příznaků vážného onemocnění je uveden ve zprávě lékaře na druhé straně formuláře.

D. ZPŮSOB VÝPLATY PLNĚNÍ

Pojistné plnění poukážete 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, příjmení/Název
<input type="checkbox"/> Adresu trvalého pobytu/bydliště uvedenou v části B.	Ulice, číslo popisné/orientační, PSČ, obec	
<input type="checkbox"/> Korespondenční adresu uvedenou v pojistné smlouvě		

Náleží-li pojistné plnění nezletilé osobě nebo osobě, jejíž způsobilost k právním úkonům je omezena, uveďte údaje o jejím zákonném zástupci.

E. PŘILOŽENÉ DOKUMENTY

Propouštěcí zpráva Histologický nálezn 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 výpisů nebo opisů ze zdravotnické dokumentace vedené o mé osobě, popř. z jiných zápisů, které se vztahují k mému zdravotnímu stavu. Zároveň v souladu s § 55 odst. 2 písm. d) zákona č. 20/1966 Sb., o péči o zdraví lidu, ve znění pozdějších předpisů, 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 § 67b odst. 12 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) způsobit k právním úkonům

F. ZPRÁVA LÉKAŘE

Informace pro lékaře

Odměnu za vyplnění této zprávy Vám uhradí pojištěný (oprávněná osoba).

Prosíme o čitelné vyplnění všech údajů. Nestačí-li pro požadované údaje místo v předtištěných kolonkách, uveďte je na samostatném listu, který přiložte k tomuto formuláři.

Lékař potvrzuje, že ošetřoval pojištěného			
Rodné číslo ¹⁾	Příjmení	Jméno	Titul
a zjistil u něj toto vážné onemocnění:			
Vážné onemocnění²⁾	Konečná diagnóza musí být stanovena minimálně na základě těchto údajů a doložena příslušnými lékařskými zprávami a dokumenty.		
<input type="checkbox"/> Infarkt myokardu	Nezvrtné poškození srdeční svaloviny způsobené nedostatečným krevním zásobením. Současně musí být splněna tato kritéria: anamnéza typické bolesti v krajině srdeční, čerstvé změny na EKG a zvýšená hladina srdečních enzymů nebo bolesti na hrudi vyžadující koronarografické vyšetření srdečních tepen, při kterém je nalezena významná stenóza koronárních arterií léčená zavedením stentu nebo operací s provedením aorto-koronárního by-passu.		
<input type="checkbox"/> Náhlá cévní mozková příhoda	Patologický neurologický nálezn zahrnující infarkt mozkové tkáně nebo krvácení z nitrolebních cév. Trvalé neurologické postižení po 3 a více měsících od vzniku CMP.		
<input type="checkbox"/> Rakovina (zhoubný novotvar)	Histologicky potvrzený maligní nádor, který se vyznačuje nekontrolovatelným růstem a rozšiřováním maligních buněk do zdravé tkáně. Zahrnuje i leukémie, lymfomy a Hodgkinovu chorobu (s výjimkou jejího prvního stadia). Histologický nálezn včetně čísla vyšetření. V případě chirurgického řešení operační diagnóza a druh výkonu. Kopie operačního protokolu. Klasifikace TNM.		
<input type="checkbox"/> Nitrolební nádory nezhoubného původu	Benigní nádory mozku, mozkových blan a prodloužené míchy, které ohrožují život útlakem okolní tkáně. Nádor musí být potvrzen neurologickým vyšetřením a schválen neurochirurgickým pracovištěm k operačnímu zákroku. Je-li nádor hodnocen jako neoperabilní, musí neurologické vyšetření prokázat trvalé neurologické postižení.		
<input type="checkbox"/> Totální selhání ledvin	Pokročilé stadium selhávání ledvin vyznačující se nezvratným selháním funkce obou ledvin a nutností buď pravidelné dlouhodobé dialýzy nebo integrovaného dialyzačně-transplantačního programu (transplantace ledviny). Výsledky vyšetření indikující zařazení do dialyzačního a (nebo) transplantačního programu. Zahájení a frekvence dialýzy, eventuálně datum transplantace ledviny. Kopie operačního protokolu.		
<input type="checkbox"/> Příčná míšň léze (plegie dvou nebo více končetin)	Plegie charakterizovaná úplnou a trvalou ztrátou funkce (aktivního volného pohybu) dvou nebo více končetin po ochrnutí následkem nemoci nebo úrazu, která je potvrzena nejdříve za tři měsíce po jejím vzniku.		
<input type="checkbox"/> Úplná a trvalá ztráta zraku obou očí	Klinicky potvrzená slepota, k níž došlo během trvání pojištění. Zraková ostrost podle tabulky Světové zdravotnické organizace (WHO) je 3/60 nebo méně na každé oko. Ztráta zraku musí být potvrzena lékařem specialistou v oboru očního lékařství a doložena úplným oftalmologickým náleznem s hodnocením visu obou očí.		
<input type="checkbox"/> Alzheimerova choroba	Chronicko-progresivní onemocnění nervové soustavy na základě degenerativního zániku neuronů s tvorbou charakteristických histopatologických změn (získaná porucha paměti a dalších kognitivních schopností, která je natolik závažná, že je na překážku běžným denním osobním úkonům pojištěného). Musí být diagnostikována nejpозději v roce, v němž pojištěný dovrší 60 let věku, a současně potvrzena klinickým vyšetřením psychologa, psychiatra i neurologa – jejich odborné nálezy je třeba dále doložit náleznem MMSE skóre či jiné neuropsychologické škály a náleznem CT nebo MRI vyšetření.		
<input type="checkbox"/> Hluchota	Úplná, trvalá a nenávratná ztráta sluchu obou uší v důsledku onemocnění nebo úrazu, kdy takový stav nelze změnit lékařským zákrokem. Musí být klinicky potvrzena odborným pracovištěm na základě audiometrie, tympanometrie a vyšetření akustického reflexu.		
<input type="checkbox"/> Parkinsonova choroba	Progredující neurologické onemocnění způsobené úbytkem buněk produkujících přenašeč dopamin (příznaky jsou rigidita svalů, poruchy držení těla, svalový třes, zpomalení volných pohybů). Musí být diagnostikována nejpозději v roce, v němž pojištěný dovrší 60 let věku, a potvrzena klinickým neurologickým vyšetřením vč. uvedením nálezu CT nebo MRI, a pomocí L-dopa testu (odpověď na dopaminergní terapii). Klinický stupeň závažnosti onemocnění musí splňovat podmínky 3. nebo vyššího stupně postižení dle stupnice Hoehn a Yahr.		
<input type="checkbox"/> Amyotrofická laterální skleróza	Degenerativní onemocnění centrálního i periferního motoneuronu s rychlou progresí (postihuje svalové skupiny končetin, trupu a polykacího svalstva). Musí být potvrzena klinickým neurologickým vyšetřením vč. uvedením nálezu EMG a MRI mozku a krční míchy, příp. vyšetřením mozkomíšňního moku.		
<input type="checkbox"/> Transplantace srdce, plic, jater, slinivky břišň, ledviny nebo kostní dřeně	Životně nezbytná transplantace uvedených důležitých tělesných orgánů, při které je pojištěný příjemcem. Výsledky vyšetření indikující zařazení do transplantačního programu. Přesná operační diagnóza. Kopie operačního protokolu.		

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

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?	<input type="checkbox"/> Ano <input type="checkbox"/> 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	PŠČ
	

Název oddělení	Číslo oddělení	Telefon
	

¹⁾ U cizinců se zapisuje datum narození ve tvaru RRRMDD/9999.

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

Datum
..... 2 0 1

Razítko a podpis lékaře