

HLÁSENIE POISTNEJ UDALOSTI

VÁŽNA CHOROBA

číslo hlásenia

Pokyny pre poisteného:

- Vyplňte kompletne prednú stranu tlačiva. Zadnú stranu tlačiva predložte na vyplnenie ošetrujúcemu lekárovi – odbornému lekárovi (t.j. lekárovi u ktorého ste sledovaný pre diagnózu za ktorú si nárokujete poistné plnenie). K urýchleniu likvidácie poistnej udalosti je potrebné doložiť fotokópiu kompletnej zdravotnej dokumentácie z celého priebehu liečby od prvých príznakov, resp. prvého ošetrenia.
- V prípade, ak medzi poisťovňou a zdravotníckym zariadením/lekárom nie je uzatvorená zmluva, uhradte honorár za vypísanie tlačiva lekárovi. Prijatie sumy lekár potvrdí vystavením pokladničného dokladu. Jediným platným účtovným dokladom, potvrdzujúcim prijatie platby v hotovosti je pokladničný doklad z elektronickej/virtuálnej registračnej pokladnice v súlade s Novelou zákona č. 289/2008 Z. z.. Za vypísanie tohto tlačiva poisťovňa hradí honorár podľa aktuálneho sadzobníka.
- Poisťovateľ si vyhradzuje právo prešetriť nahlásenú poistnú udalosť.

Čísla všetkých poistných zmlúv, z ktorých si nárokujete poistné plnenie v ČSOB Poist'ovni, a. s.

--

Osobné údaje poisteného

Meno a priezvisko:	Rodné číslo:	Telefón:
--------------------	--------------	----------

Adresa:	PŠČ:	E-mail (pre urýchlenie spracovania PU):
---------	------	---

V prípade neplnoletého poisteného uveďte meno, priezvisko a korešpondenčnú adresu zákonného zástupcu:

Údaje o vážnej chorobe

Kedy sa objavili prvé príznaky ochorenia?	Uveďte príznaky:
---	------------------

Kedy Vám bola oznámená diagnóza vážnej choroby / došlo k zaradeniu na čakaciu listinu pre orgánovú transplantáciu?	Uveďte diagnózu / dôvod zaradenia na čakaciu listinu pre orgánovú transplantáciu:
--	---

Uveďte názov zdravotníckeho zariadenia, meno a adresu lekára, ktorý stanovil diagnózu vážnej choroby / zaradil na čakaciu listinu pre orgánovú transplantáciu:

Kde je vedená zdravotná dokumentácia, týkajúca sa diagnózy vážnej choroby? Uveďte názov zariadenia, meno a adresu lekára:

Identifikácia príjemcu plnenia*

Meno a priezvisko príjemcu plnenia:	Rodné číslo alebo dátum narodenia:
-------------------------------------	------------------------------------

Druh a číslo identifikačného dokladu príjemcu plnenia (prípadne priložte fotokópiu) Štátna príslušnosť:

Adresa príjemcu plnenia:

Číslo účtu (prípadne priložte fotokópiu dispozičnej karty k účtu)

Meno, priezvisko a osobné číslo zamestnanca ČSOB, a.s., ktorý identifikoval príjemcu plnenia:

.....
Podpis zamestnanca ČSOB, a.s.

Výplata poistného plnenia

Poistné plnenie žiadam zaslať na účet (IBAN)

Prehlásenie poisteného (zákonného zástupcu)

Prehlasujem, že všetky vyplnené údaje sú úplné a pravdivé a som si vedomý/á dôsledkov nesprávnych odpovedí na povinnosť poisťovateľa plniť. Súhlasím, aby poisťovateľ spracúval údaje týkajúce sa môjho zdravia, resp. údaje týkajúce sa zdravia osoby, ktorej som zákonným zástupcom, nevyhnutných k šetreniu poistnej udalosti. Súhlas so spracovaním údajov týkajúcich sa zdravia zahŕňa aj získavanie týchto údajov od lekárov, ústavov, zdravotníckych zariadení, zdravotných poisťovní, Sociálnej poisťovne a ďalších subjektov, ktoré spracúvajú údaje o zdravotnom stave fyzických osôb v súlade s osobitnými predpismi, vrátane nazerania do spisov, vyhotovenie si ich výpisov, odpisov, fotokópií, pričom uvedené subjekty týmto súčasne oprávňujem/splnomocňujem, aby poisťovateľovi tieto údaje, informácie a dokumenty poskytli. Beriem na vedomie, že poisťovateľ je oprávnený spracúvať osobné údaje dotknutých osôb v zmysle platného zákona o ochrane osobných údajov.

Na dôkaz súhlasu pripájam svoj podpis.

V dňa.....

.....
Meno, priezvisko a podpis poisteného (zákonného zástupcu)

*Vyplňa pracovník ČSOB, a.s. v prípade, ak výška poistnej sumy je od hodnoty 7000 EUR.

SPRÁVA LEKÁRA O VÁŽNEJ CHOROBE

Údaje o poistenom	
Meno a priezvisko poisteného:	Rodné číslo:
Vážna choroba	
<input type="checkbox"/> infarkt myokardu <input type="checkbox"/> cievna mozgová príhoda <input type="checkbox"/> rakovina <input type="checkbox"/> nezhubný nádor mozgu <input type="checkbox"/> chronické zlyhanie obličiek <input type="checkbox"/> zaradenie na čakaciu listinu pre orgánovú transplantáciu <input type="checkbox"/> operácia vencovitých tepien <input type="checkbox"/> slepota <input type="checkbox"/> hluchota <input type="checkbox"/> infekcia vírusom HIV v dôsledku krvnej transfúzie <input type="checkbox"/> Creutzfeldt - Jakobova choroba	<input type="checkbox"/> demencia vrátane Alzheimerovej choroby <input type="checkbox"/> encefalitída <input type="checkbox"/> kóma <input type="checkbox"/> ochorenie pľúc spôsobujúce dychovú nedostatočnosť <input type="checkbox"/> Parkinsonova choroba <input type="checkbox"/> paraplégia, tetraplégia, hemiplégia <input type="checkbox"/> skleróza multiplex (roztrúsená skleróza) <input type="checkbox"/> ťažké popáleniny <input type="checkbox"/> závažné ochorenia spôsobené prisatím kliešťa <input type="checkbox"/> meningitída <input type="checkbox"/> operácia aorty
<input type="checkbox"/> mozgová obrna (poliomyelitída) <input type="checkbox"/> vírusová hepatitída <input type="checkbox"/> aplastická anémia <input type="checkbox"/> diabetes mellitus 1.typu <input type="checkbox"/> syndróm krátkeho čreva <input type="checkbox"/> operácia srdcovej chlopne <input type="checkbox"/> získané chronické srdcové ochorenie <input type="checkbox"/> astma <input type="checkbox"/> epilepsia <input type="checkbox"/> reumatická horúčka <input type="checkbox"/> tetanus	
Anamnéza a údaje o chorobe	
Osobná anamnéza:	
Kedy sa objavili prvé príznaky, ktoré boli v priamej súvislosti s neskoršie stanovenou diagnózou vážnej choroby?	Popíšte tieto príznaky:
Dátum prvého stanovenia diagnózy / zaradenia na čakaciu listinu pre orgánovú transplantáciu.	Názov zdravotníckeho zariadenia a meno lekára, ktorý stanovil diagnózu / zaradil poisteného na čakaciu listinu pre orgánovú transplantáciu.
Uveďte všetky vyšetrenia, nálezy a hodnoty, ktoré viedli ku stanoveniu diagnózy vážnej choroby:	
Priebeh a spôsob liečby:	
Prehlásenie lekára	
Potvrďujem, že údaje uvedené v správe lekára o vážnej chorobe sú pravdivé, úplné a týkajú sa poisteného/ej uvedeného/ej na prednej strane tohto tlačiva a som si vedomý/á dôsledkov nepravdivých odpovedí.	
IČO:	
Telefón:	
Aktuálne číslo účtu:	
V dňa	
pečiatka a podpis lekára	