

**Hlásenie poistnej udalosti
so žiadosťou o poistné plnenie - Druhý lekársky názor**

POSKYTOVATEĽ, ktorý vykonáva šetrenie poistnej udalosti pre ČSOB Poistovňu, a. s.

Asistenčná spoločnosť AWP Solutions ČR a SR, s. r. o.

Všetky podklady k potrebné pre vypracovanie dokumentu Druhý lekársky názor zašlite na adresu:

AWP Solutions ČR a SR, s. r. o., Jankovcova 1596/14b, Holešovice, 170 00 Praha 7, Česká republika.

Prípadné otázky smerujte na telefónnu linku: (+421) 2 444 500 50.

1 . INFORMÁCIE O POISTENEJ OSOBE

MENO

PRIEZVISKO

ČÍSLO POISTNEJ ZMLUVY

DÁTUM NARODENIA

VEK

DD ____ MM ____ RRRR ____

☐ MUŽ

☐ ŽENA

2 . OSOBA ŽIADAJÚCA O POISTNÉ PLNENIE (ak nie je rovnaká ako poistená osoba)

MENO

PRIEZVISKO

VZŤAH K POISTENEJ OSOBE

☐ RODIČ ☐ ZÁKONNÝ ZÁSTUPCA ☐ INÝ, ŠPECIFIKUJTE

VYPLNÍ POISTENÁ OSOBA V PRÍPADE, ŽE O POISTNÉ PLNENIE NEŽIADA OSOBNĚ

Ja, nižšie podpísaný/á týmto poverujem osobu špecifikovanú v bode 2, aby ma zastupovala v požiadavke na zabezpečenie Druhého lekárskeho názoru, aby odovzdala informácie o mojom zdravotnom stave Poistovateľovi alebo Poskytovateľovi a aby boli tejto osobe doručené výsledné dokumenty vyplývajúce z tejto poistnej udalosti.

V dňa 20.....

Podpis poistenej osoby

resp. pri maloletej poistenej osobe podpis zákonného zástupcu

3 . KONTAKTNÉ ÚDAJE ŽIADATEĽA (poistená osoba, resp. osoba uvedená v bode 2)

ADRESA

MESTO

PSČ

KRAJ

ŠTÁT

PEVNÁ LINKA

MOBILNÝ TELEFÓN

4 . ČESTNÉ PREHLÁSENIE

Potvrdzujem, že informácie uvedené v tejto žiadosti sú úplné a pravdivé, že som zodpovedný/á za správnosť poskytnutých informácií a že som si vedomý/á dôsledkov nesprávnych odpovedí na povinnosť poistovne plniť. Zároveň potvrdzujem, že si ako poistená osoba prajem získať Druhý lekársky názor a ďalšie informácie, ktoré sú poistným plnením.

Potvrdzujem, že zabezpečím a poskytnem Poistovateľovi a Poskytovateľovi všetky dostupné lekárske informácie počas celého procesu. Som si vedomý/á, že kvalita výsledného dokumentu závisí od správnosti a úplnosti poskytnutých údajov.

Potvrdzujem, že v čase pred vznikom poistnej udalosti alebo pred podaním žiadosti o poskytnutie poistného plnenia som nebol/a uznaný/á invalidným/nou s poklesom schopnosti vykonávať zárobkovú činnosť o viac ako 70% podľa platného právneho predpisu, nie som žiadateľom/lkou o invalidný dôchodok podľa platného právneho predpisu* a nie som hospitalizovaný/á z dôvodu úrazu alebo akútneho stavu ochorenia, ktorého sa poskytnutie služby týka.

*neplatí, ak bola žiadosť o invalidný dôchodok podaná najskeôr v deň vypísania tejto žiadosti o Druhý lekársky názor.

Potvrdzujem, že poistná udalosť - ochorenie s diagnózou.....mi bolo diagnostikované, resp. jeho príznaky sa prejavili dňa20....., tzn. po uplynutí čakacej doby.

V určitých prípadoch medicínsky tím Poskytovateľa môže požadovať doplnujúce medicínske informácie od ošetrujúceho lekára poistenej osoby. Dávate súhlas Poskytovateľovi, aby kontaktoval Vášho/-ich ošetrujúceho/-ich lekára/-ov?

☐ ÁNO, Poskytovateľ môže kontaktovať môjho/-ich ošetrujúceho/-ich lekára/-ov

☐ NIE, Poskytovateľ nemôže kontaktovať môjho/-ich ošetrujúceho/-ich lekára/-ov

5. DIAGNÓZA A PRILOŽENÁ ZDRAVOTNÁ DOKUMENTÁCIA

Diagnóza, ku ktorej je požadovaný Druhý lekársky názor:

Doložená zdravotná dokumentácia (minimálny požadovaný rozsah zdravotnej dokumentácie):

- ☐ lekárske správy, vyšetrenia a závery od svojho ošetrojúceho lekára,
- ☐ lekárske snímky (napr. RTG, CT, MRI) a ich popis,
- ☐ súčasne stanovené diagnózy a zoznam predpísaných liekov (užívaných v minulosti aj súčasnosti),
- ☐ zoznam podstúpených operácií a predchádzajúca liečba,
- ☐ rodinná anamnéza a stručná klinická história,
- ☐ krvné testy, informácie o alergiách, príp. iné výsledky už vykonaných testov v súvislosti s dotknutou chorobou,
- ☐ základné informácie o životnom štýle a pod.
- ☐ iné priložené dokumenty potrebné pre poistné plnenie:
.....

Uplatňujem si nárok na plnenie a k svojej žiadosti prikladám ks listov zdravotnej dokumentácie.

6. INFORMÁCIE O ZDRAVOTNOM STAVE POISTENEJ OSOBY

Aká bola, podľa Vás, príčina vzniku predmetného ochorenia?

.....

.....

.....

Prosím, vysvetlite dôvody, pre ktoré žiadate o poskytnutie Druhého lekárskeho názoru a napíšte otázky, ktoré si prajete, aby boli zodpovedané odborným lekárom:

7. LEKÁRSKE ZARIADENIA, KDE BOLA POISTENÁ OSOBA OŠETROVANÁ

Prvá návšteva lekára z dôvodu prejavujúcich sa príznakov predmetného ochorenia:

NÁZOV NEMOCNICE	ODDELENIE		
-----------------	-----------	--	--

OŠETRUJÚCI LEKÁR	TELEFÓNNE ČÍSLO	EMAIL
------------------	-----------------	-------

VYKONANÉ LEKÁRSKE TESTY / KOMENTÁR

NÁZOV NEMOCNICE	ODDELENIE		
-----------------	-----------	--	--

OŠETRUJÚCI LEKÁR	TELEFÓNNE ČÍSLO	EMAIL
------------------	-----------------	-------

VYKONANÉ LEKÁRSKE TESTY / KOMENTÁR

NÁZOV NEMOCNICE	ODDELENIE		
-----------------	-----------	--	--

OŠETRUJÚCI LEKÁR	TELEFÓNNE ČÍSLO	EMAIL
------------------	-----------------	-------

VYKONANÉ LEKÁRSKE TESTY / KOMENTÁR

Poskytovateľ zabezpečí Druhý lekársky názor na základe tohoto formulára vyplneného dospelou poistenou osobou alebo osobou k tomu výslovne oprávnenou poistenou osobou, resp. jeho zákonným zástupcom.

Podpis poistenej osoby, resp. pri maloletej poistenej osobe podpis zákonného zástupcu

V dňa20..... ..