



Česká podnikatelská pojišťovna, a.s., Vienna Insurance Group

Pobřežní 665/23, 186 00 Praha 8, IČ: 63998530, klientská linka: 841 444 555

Adresa pro zasílání korespondence: Česká podnikatelská pojišťovna, a.s., Vienna Insurance Group, P.O.BOX 28, 664 42 Modřice

HLÁŠENÍ závažného onemocnění nebo poranění

Pokyny pro pojištěného/zákonného zástupce:

- 1) Při diagnostikování některého z níže uvedených závažných onemocnění vyplňte **část I.** tohoto formuláře. O vyplnění **části II.** požádejte ošetřujícího lékaře ze zdravotnického zařízení, ve kterém jste byl/a diagnostikován/a s tím, že doplníte datum počátku pojištění, z něhož nárok uplatňujete, a vyplněný formulář zašlete na adresu pojistitele, uvedenou v záhlaví.
- 2) Za vyplnění formuláře uhradíte lékaři požadovaný honorář. Doklad o zaplacení zašlete spolu s hlášením a do výše 200 Kč Vám bude proplacen spolu s pojistným plněním.
- 3) Přílohou tohoto oznámení musí být lékařská zpráva specialisty odborného zdravotnického zařízení v němž bylo onemocnění diagnostikováno, vypovídající m.j. o nezvratnosti nebo neléčitelnosti uvedeného onemocnění.

Část I. (vyplní pojištěný/zákonný zástupce)

Pojištěný

Jméno a příjmení, titul..... Telefon

Rodné číslo Zdravotní pojišťovna.....

Adresa.....

Číslo všech smluv s připojištěním závažných onemocnění.....

Jméno, příjmení, adresa a telefon praktického lékaře.....

Zákonný zástupce (v případě pojištěného dítěte):

Jméno a příjmení, titul..... Telefon

Rodné číslo Adresa.....

Prohlášení pojištěného

Souhlasím, aby Česká podnikatelská pojišťovna, a.s., Vienna Insurance Group (dále jen „pojistitel“) zjišťovala pro potřebu šetření pojistné události můj zdravotní stav (pojištěného) a přezkoumávala ho u všech lékařů a zdravotnických zařízení, u kterých jsem se dosud léčil, léčím nebo se budu léčit. Opravňuji dotazované lékaře, zdravotnická zařízení a zdravotní pojišťovny tyto informace výše uvedenému pojistiteli poskytnout. V souladu s ustanovením § 5 odst. 5 a § 9 písm. a) zákona č. 101/2000 Sb., o ochraně osobních údajů a o změně některých zákonů v platném znění (dále jen „zákon“), souhlasím se zpracováním a využitím mých osobních a citlivých údajů o zdravotním stavu. Tento souhlas dávám ve prospěch pojistitele, a to v rámci jeho činnosti v pojišťovnictví po dobu nezbytně nutnou k zajištění výkonu práva a plnění povinností plynoucích z pojistné smlouvy. Informace o zpracovávaných osobních a citlivých údajích bude poskytována v souladu s § 12 zákona a ochrana práv subjektu údajů bude zabezpečena v souladu s § 21 zákona.

*Pojistné plnění poukažte: *na účet číslo: kód banky.....

*poukázkou na jméno a adresu:

V..... dne..... Podpis pojištěného (zákonného zástupce)

Část II. (vyplní lékař)

Datum stanovení diagnózy / prvního ošetření úrazu

Hlavní diagnóza Slovy.....

Jedná se o prvotní stanovení výše uvedené diagnózy? *ANO *NE

Byla operace resp. transplantace plánována před vznikem pojištění? *ANO *NE počátek pojištění.....

Měly na vznik onemocnění / poranění vliv návykové nebo omamné látky? *ANO *NE (doplň pojištěný)

Byl/a v době stanovení diagnózy pojištěnému přiznán/a: *Invalidita – stupeň..... *Předčasný důchod

*Starobní důchod *Změněná pracovní schopnost Datum přiznání:.....

Onemocnění / poranění bylo způsobeno : *Pracovním úrazem *Úrazem zaviněným jinou osobou *Nemocí z povolání

Název a adresa zdravotnického zařízení.....

..... Telefon

V..... dne.....

Jméno lékaře (hůlkovým písmem) Razítko a podpis lékaře.....

Seznam hlavních uznatelných diagnóz

pro dospělou osobu

Alzheimerova choroba, Parkinsonova choroba, Bakteriální meningitida, Bechtěrevova choroba, Roztroušená skleróza, Mozková příhoda, Nezhojný mozkový nádor, Zhoubný nádor, Ochmutí, Oslepnutí, Hluchota, Infarkt myokardu, Náhrada srdeční chlopně, Operace aorty, Operace věnčitých tepen, Chronická obstrukční plicní nemoc, Selhání ledvin, Transplantace životně důležitých orgánů, Ztráta končetin

pro dítě

Dětská mozková obrna, Myopathie, Epilepsie se záchvaty typu Grand mall, Asthma bronchiale, Cukrovka (diabetes mellitus), Bakteriální meningitida, Roztroušená skleróza, Nezhojný mozkový nádor, Zhoubný nádor, Ochmutí, Oslepnutí, Hluchota, Náhrada srdeční chlopně, Operace aorty, Operace věnčitých tepen, Chronická obstrukční plicní nemoc, Selhání ledvin, Transplantace životně důležitých orgánů, Ztráta končetin

Pojistitel upozorňuje, že ten, kdo při uplatnění nároku na plnění z pojistné smlouvy uvede nepravdivé nebo hrubě zkrleslé údaje nebo podstatné údaje zamlčí, vystavuje se možnosti postihu podle trestního zákona.