

Oznámení pojistné události – Závažná onemocnění

Pokyny pro vyplnění formuláře:

1. Vyplňte formulář **ve všech bodech**. **Nezapomeňte vyplnit číslo pojistné smlouvy.**
2. U políček s možností volby označte platnou odpověď křížkem.
3. V případě jakýchkoli nejasností při vyplňování formuláře nás můžete kontaktovat na bezplatné informační lince Kontaktního centra 800 10 66 10 nebo se můžete obrátit na svého poradce.
4. Oznámení spolu s dalšími dokumenty zašlete na adresu: **Komerční pojišťovna, a.s., Palackého 53, 586 01 Jihlava.**
5. Vaši identifikaci může při sepisování tohoto oznámení pojistné události zajistit Váš poradce nebo si ji můžete zajistit na obecním úřadě s rozšířenou působností, krajském úřadě, u notáře nebo na Czech POINTu.

ÚDAJE O POJIŠTĚNÉM		
Příjmení a jméno:	Rodné číslo (není-li, uveďte datum narození) ¹⁾ :	
Místo narození:	Pohlaví: <input type="checkbox"/> Muž <input type="checkbox"/> Žena	
Stát narození:	Státní občanství:	
Adresa trvalého nebo jiného pobytu včetně státu:		
Forma pobytu: <input type="checkbox"/> Trvalý <input type="checkbox"/> Jiný		
Korespondenční adresa (bydliště, liší-li se od adresy trvalého nebo jiného pobytu):		
E-mail:	Telefon:	
Preferovaný způsob komunikace:	<input type="checkbox"/> e-mail <input type="checkbox"/> pošta	
Číslo průkazu totožnosti:	Druh průkazu totožnosti: <input type="checkbox"/> OP <input type="checkbox"/> Jiný ³⁾ (uveďte)	
Orgán, který průkaz totožnosti vydal:	Platnost průkazu od ____/____/____ do ____/____/____	
Politická expozice ²⁾ : <input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne		
PRÁVO NA POJISTNÉ PLNĚNÍ UPLATŇUJI ZA:		
<input type="checkbox"/> Aplastická anémie <input type="checkbox"/> Bakteriální meningitida <input type="checkbox"/> Cévní mozková příhoda <input type="checkbox"/> Cor pulmonale <input type="checkbox"/> Creutzfeldt-Jakobova nemoc <input type="checkbox"/> Demence včetně Alzheimerovy choroby <input type="checkbox"/> Encefalitida <input type="checkbox"/> Hemiplegie <input type="checkbox"/> HIV získané při transfuzi krve <input type="checkbox"/> HIV získané při výkonu povolání <input type="checkbox"/> Hluchota	<input type="checkbox"/> Chronické selhání ledvin <input type="checkbox"/> Infarkt myokardu <input type="checkbox"/> Kóma <input type="checkbox"/> Koronární bypass <input type="checkbox"/> Kvadruplegie <input type="checkbox"/> Meningitida <input type="checkbox"/> Náhrada srdeční chlopně protézou <input type="checkbox"/> Ochrnutí jedné končetiny <input type="checkbox"/> Ochrnutí (paralýza) <input type="checkbox"/> Operace aorty <input type="checkbox"/> Paraplegie <input type="checkbox"/> Parkinsonova nemoc	<input type="checkbox"/> Plicní hypertenze <input type="checkbox"/> Revmatická horečka <input type="checkbox"/> Roztroušená skleróza <input type="checkbox"/> Slepota a těžká slabozrakost <input type="checkbox"/> Systémová sklerodermie <input type="checkbox"/> Tetanus <input type="checkbox"/> Těžké popáleniny <input type="checkbox"/> Transplantace životně důležitých orgánů <input type="checkbox"/> Zhoubné nádorové onemocnění (rakovina) <input type="checkbox"/> Ztráta řeči
Trpěl / a jste před vznikem závažného onemocnění zdravotními potížemi? <input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne		
Pokud ano, od kdy a jakými?		

Trpěl/a jste podobnými potížemi jako nyní již v minulosti? ano ne

Pokud ano, od kdy a jakými?

Kdy došlo k prvním příznakům závažného onemocnění?

Druh potíží:

Kdy Vám byla poprvé sdělena diagnóza závažného onemocnění:

Uveďte název a adresy zdravotnických zařízení, případně specialisty, u kterého jste se pro danou diagnózu léčil/a / léčíte:

PŘILOŽENÉ DOKUMENTY

lékařská zpráva

propouštěcí zpráva

operační protokol

histologický nález

jiné

ÚDAJE O POJIŠTĚNÍ U OSTATNÍCH POJIŠŤOVEN

Máte uzavřenou pojistnou smlouvu pro stejné pojistné nebezpečí u jiné pojišťovny? ano ne

Pokud ano, uveďte název pojišťovny, pojistnou částku a zda uplatňujete nárok na plnění z důvodu stejné události z tohoto pojištění.

ÚDAJE PRO VÝPLATU POJISTNÉHO PLNĚNÍ

Žádám o výplatu pojistného plnění z výše uvedené pojistné smlouvy. Pojistné plnění poukažte:

převodem na novou /existující smlouvu (uvedte číslo smlouvy)

Číslo účtu _____ / _____ (kód banky)

Jedná se o účet, jehož jste oprávněným vlastníkem? ano ne

Pokud ne, uveďte prosím vlastníka účtu a Váš vztah k němu. Dle zákona o platebním styku nejsme oprávněni vyplácet peněžní prostředky na bankovní účty, jejichž vlastníky nejsou oprávněné osoby.:

Adresa (uveďte jméno, příjmení, ulici, číslo orientační a popisné, PSČ, místo – poštu), adresa musí být na území České republiky:

Jedná-li se o adresu jinou než trvalého nebo jiného pobytu či korespondenční adresu, uveďte současně prosím důvod zaslání právě na tuto adresu.

PROHLÁŠENÍ, ZMOCNĚNÍ A PODPISY

Žádám o plnění z pojistné události a prohlašuji, že všechny údaje v tomto Oznámení jsem uvedl/a úplně a pravdivě. Jsem si vědom/a, že neúplné a nesprávné odpovědi mají vliv na plnění pojistovny.

Současně potvrzuji, že mi byly poskytnuty a jsou mi známi informace týkající se zpracování osobních údajů pojistitelem a souvisejících práv a povinností obsažené v Informačním memorandu o nakládání s osobními údaji (**Informační memorandum**) a skutečnost, že aktuální verzi tohoto Informačního memoranda lze nalézt na našich internetových stránkách www.kb-pojistovna.cz.

Souhlasím, aby pojistitel, tj. Komerční pojišťovna, a.s., v souladu s občanským zákoníkem sama nebo jí určené osoby v Informačním memorandu nebo prostřednictvím pověřeného lékaře získávala údaje o mém zdravotním stavu, včetně jakékoliv zdravotnické dokumentace, od mého lékaře, zdravotní pojišťovny či jakéhokoli orgánu veřejné moci či jiného pojistitele, u kterých mám dle dostupných informací sjednáno životní nebo úrazové pojištění. Zmocňuji pojišťovnu, aby si od těchto osob či orgánů zjišťovala informace o mém zdravotním stavu, nahlížela do mé zdravotnické dokumentace a jiných záznamů o mém zdravotním stavu, pořizovala z nich výpisy či opisy, a to i po mé smrti. Pro účely tohoto zmocnění a v jeho rozsahu zprošťuji uvedené osoby a orgány jejich zákonné či smluvní povinnosti mlčenlivosti, a to i ve smyslu zákona číslo 372/2011 Sb., o zdravotních službách.

Pojistitel si vyhrazuje právo na možnost vyžádání si dalších dokumentů nezbytných pro vyřízení pojistného nároku.

Poskytuji souhlas k zaslání sdělení týkajících se stavu a výsledků šetření pojistné události s využitím prostředků elektronické komunikace (např. e-mail, SMS) na kontakty, které jsem uvedl/a v tomto oznámení pojistné události.

Odesláním oznámení pojistné události e-mailem beru na vědomí, že se jedná o nezabezpečený komunikační kanál a odpovědnost za zaslání osobní údaje přebírá pojistitel až jejich přijetím na jeho poštovní server.

Dále **souhlasím** s aktualizací osobních údajů (zejména e-mailové adresy, telefonního kontaktu, korespondenční nebo trvalé adresy), které o mně nebo pojištěných osobách pojistitel zpracovává, pokud se tyto údaje nebudou shodovat s údaji uvedenými v tomto oznámení.

Datum

Jméno a příjmení pojištěného/ zákonného zástupce

Podpis pojištěného/ zákonného zástupce 4)

Potvrzuji, že jsem totožnost žadatele ověřil/a dle průkazu totožnosti.

Jméno a příjmení zástupce pojišťovny

Podpis zástupce pojišťovny

Název společnosti

Kód společnosti

IČ poradce

Kód poradce

Telefon poradce

E-mail poradce

- 1) vyplňte datum narození, nebylo-li rodné číslo v ČR přiděleno
- 2) pokud jste politicky exponovanou osobou, vyplňte a přiložte formulář „Čestné prohlášení o PEP“
- 3) uveďte Povolení k pobytu, pas, Řidičský průkaz, atp.
- 4) totožnost pojistníka/ pojištěného/ zákonného zástupce / opatrovníka / zákonného zástupce na základě zmocnění byla před podpisem žádosti ověřena dle průkazu totožnosti

PŘÍLOHA: Informace pro klienta – požadavky na doplnění zdravotní dokumentace

K žádosti o výplatu pojistného plnění přiložte, prosím, vždy následující dokumenty:

Lékařskou zprávu z odborného pracoviště potvrzující diagnózu, datum jejího stanovení a popis onemocnění, popřípadě výkonu, který byl proveden (např. propouštěcí zpráva z hospitalizace, ambulantní zpráva).

V případě operace operační protokol / propouštěcí zprávu z hospitalizace spolu s popisem operace.

Další požadavky na doložení dokumentů pro jednotlivá onemocnění:**Aplastická anémie**

- lékařské zprávy z hematologicko-onkologického pracoviště

Cévní mozková příhoda

- propouštěcí zpráva z hospitalizace na neurologickém oddělení
- lékařská zpráva ambulantního neurologa s konkrétním popisem reziduálního (zbytkového) neurologického deficitu

Cor pulmonale

- lékařská zpráva z odborného pracoviště plicního/interního, ze které bude vyplývat stav pravostranných srdečních oddílů

Creutzfeld-Jakobova nemoc

- lékařské zprávy z psychiatrického případně neurologického pracoviště

Demence

- lékařská zpráva z psychiatrické kliniky s uvedením DSM-IV klasifikace

Encefalitida

- propouštěcí zpráva z hospitalizace na neurologickém nebo infekčním oddělení
- lékařská zpráva ambulantního neurologa s konkrétním popisem reziduálního neurologického deficitu

Hemiplegie

- lékařská zpráva z příslušného odborného lékařského pracoviště, popisující ochrnutí končetin a celkový stav organismu

HIV – transfuze krve

- lékařská zpráva z AIDS centra ČR
- písemné uznání odpovědnosti instituce, nebo soudní rozhodnutí s doložkou právní moci potvrzující odpovědnost instituce, kde byla transfuze provedena

HIV – z výkonu povolání

- lékařská zpráva z AIDS centra ČR
- výsledky vyšetření HIV viru protilátek z doby nákazy
- doklad o vykonávané profesi v době nákazy

Hluchota

- lékařská zpráva z ORL pracoviště, odborné vyšetření určeným lékařem pojistitele

Chronické selhání ledvin

- lékařská zpráva z dialyzačního centra v ČR nebo transplantčního centra v: ČR nebo členských státech EU nebo EHP nebo Švýcarsku s dokumentovanou evidencí nevratného selhání funkce ledvin

Infarkt myokardu

- propouštěcí zpráva z hospitalizace na kardiologickém oddělení
- lékařská zpráva ambulantního kardiologa za 3 měsíce od hospitalizace včetně echokardiografického zhodnocení ejekční frakce levé komory

Kóma

- lékařská zpráva z hospitalizace kliniky anesteziologicko-resuscitační či obdobného pracoviště, nebo z kliniky neurologické či interní s kvantifikací dle Glasgowské stupnice kómatu

Koronární bypass

- lékařská zpráva z kardiocentra v: ČR, členských státech EU, EHP nebo Švýcarsku

Kvadruplegie

- lékařská zpráva z příslušného odborného lékařského pracoviště, popisující ochrnutí končetin a celkový stav organismu

Meningitida/ bakteriální meningitida

- lékařská zpráva z klinického neurologického pracoviště včetně uvedení nálezů paraklinických vyšetřovacích metod (vyšetření moku, CT, MRI nebo EEG)