

## Oznámení pojistné události – Závažná onemocnění

### - POKYNY K VYPLNĚNÍ -

Vytiskněte všechny strany formuláře.

#### První strana:

- Vyplní pojištěná osoba nebo její zákonný zástupce.
- Přiložte prosím kopie lékařských zpráv souvisejících s uplatňovaným onemocněním, operací nebo zařazením na čekací listinu.

#### Druhá strana:

- Vyplní ošetřující lékař pojištěné osoby.
- Pokud lékaři zaplatíte poplatek za vyplnění tiskopisu, zašlete originál příjmového dokladu spolu s oznámením pojistné události.

Pro účely likvidačního řízení mohou být pojišťovnou vyžádány další podklady.

Veškeré podklady zašlete prosím na adresu společnosti:

**Basler Sachversicherungs-AG, pobočka pro Českou republiku, Paříkova 910/11a, 190 00 Praha 9 – Vysočany**

V případě jakýchkoliv dotazů nás kontaktujte na infolince: **+420 800 700 088** nebo e-mailem: **service@baslerpojistovna.cz**.

## Oznámení pojistné události – Závažná onemocnění

### Informace pro pojištěnou osobu:

- Přiložte prosím kopie lékařských zpráv souvisejících s uplatňovaným onemocněním, operací nebo zařazením na čekací listinu.
- Vyplňte pouze první stranu formuláře. Druhou stranu tiskopisu vyplní Váš ošetřující lékař – odborný lékař, tzn. lékař, u kterého byl nebo je pojištěný z důvodu níže uvedené diagnózy sledován nebo který má k dispozici zdravotní dokumentaci pojištěné osoby.
- Vyplněním tohoto formuláře nevzniká automaticky nárok na pojistné plnění.
- Vyplněný formulář zašlete na adresu: **Basler Sachversicherungs-AG, pobočka pro Českou republiku, Paříkova 910/11a, 190 00 Praha 9 – Vysočany.**

**ČÍSLO POJISTNÉ SMLOUVY:**

### ÚDAJE O POJIŠTĚNÉ OSOBĚ

Jméno a příjmení pojištěné osoby: ..... ☎Kontakt: .....

Rodné číslo: ..... E-mail: .....

Adresa: ..... PSČ: .....

Jméno, příjmení a adresa zákonného zástupce (vyplňte v případě, že pojištěný není plnoletý): .....

### ZDRAVOTNÍ ÚDAJE POJIŠTĚNÉ OSOBY

**V následujícím seznamu zakřížkujte, z jakého závažného onemocnění uplatňujete nárok:**

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Rakovina  | <input type="checkbox"/> Operace aorty                 |
| <input type="checkbox"/> Srdeční infarkt (infarkt myokardu)                | <input type="checkbox"/> Operace by-passu              |
| <input type="checkbox"/> Cévní mozková příhoda (mrtvice)                   | <input type="checkbox"/> Dětská obrna (poliomyelitida) |
| <input type="checkbox"/> Selhání ledvin                                    | <input type="checkbox"/> Hluchota                      |
| <input type="checkbox"/> Slepota   | <input type="checkbox"/> Ochrnutí                      |
| <input type="checkbox"/> Nákaza virem HIV – podmíněná zaměstnáním          | <input type="checkbox"/> Creutzfeldt-Jakobova nemoc    |
| <input type="checkbox"/> Nákaza virem HIV - v důsledku transfuze krve      | <input type="checkbox"/> Těžké popáleniny              |
| <input type="checkbox"/> Transplantace některého životně důležitého orgánu | <input type="checkbox"/> Roztroušená skleróza          |
| <input type="checkbox"/> Operace srdečních chlopní                         | <input type="checkbox"/> Kóma                          |

**Kdy se objevily první příznaky závažného onemocnění?**

*Datum:*

**Přesně popište, o jaké potíže se jednalo:**

**Kdy a kým Vám byla poprvé stanovena diagnóza onemocnění?**

**Uveďte jméno ošetřujícího lékaře a adresu zdravotnického zařízení:**

**Uveďte adresy všech zdravotnických zařízení, ve kterých bylo onemocnění léčeno:**

### POKYNY PRO POJIŠTĚNOU OSOBU K VÝPLATĚ POJISTNÉHO PLNĚNÍ

**Plnění poukážte na číslo účtu:**

**Kód banky:**

Prohlašuji, že jsem odpověděl/a pravdivě a úplně a uvedené údaje odpovídají skutečným. Jsem si vědom/a toho, že nepravdivé nebo neúplné údaje v tomto formuláři mohou vést ke ztrátě pojistné ochrany a k velkým postihům, dokonce i když pojistitel kvůli těmto informacím nevznikne žádná škoda. Za správnost údajů jsem zodpovědný/á, i pokud toto oznámení vyplnila třetí osoba (např. manžel/ka, zprostředkovatel).

Jsem si vědom/a toho, že pojistitel k posouzení nároku prověří pravdivost mých údajů, které jsem zaslal/a písemnou formou (např. Oznámení) a také údajů, které na můj vlastní podnět realizovala nemocnice, resp. jiný léčebný ústav nebo zdravotnické zařízení. Souhlasím, aby pojišťovna zjišťovala můj zdravotní stav. Tímto zbavuji mlčenlivosti všechny lékaře a opravňuji je, aby poskytli pojišťovně informace, zdravotnickou dokumentaci týkající se léčby závažného onemocnění (operace), resp. zdravotního stavu. Současně zplnomocňuji pojišťovnu, aby se za účelem došetřování pojistné události, zdravotního stavu nebo za účelem přezkoumání oznámených údajů a zjištění dalších okolností spojila s jinými pojišťovnami a dalšími veřejnoprávními nebo soukromoprávními subjekty a souhlasím, aby tyto instituce poskytly pojišťovně požadované informace.

**Pojištěná osoba tímto dává lékaři výslovný písemný souhlas s poskytnutím údajů o svém zdravotním stavu pojišťovně Basler Sachversicherungs-AG.**

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

Podpis pojištěného, resp. jeho zákonného zástupce

## Zpráva ošetřujícího lékaře

**Informace pro lékaře:** Poskytnutí údajů je v souladu se souhlasem pojištěné osoby (viz první strana). Prosíme Vás o přesné a úplné vyplnění všech otázek. V případě, že Vám pojištěná osoba za vyplnění tohoto formuláře platí poplatek, dovolujeme si Vás požádat o vystavení originálu příjmového pokladního dokladu.

<b>Jméno a příjmení klienta:</b>	<b>Rodné číslo:</b>
<b>Jaké onemocnění bylo u pojištěné osoby diagnostikováno, příp. jaký chirurgický zákrok byl proveden?</b>	
<b>Kdy byla stanovena diagnóza, příp. kdy byl proveden chirurgický zákrok?</b>	<i>Datum:</i>
<b>Které odborné pracoviště stanovilo diagnózu onemocnění? (Uveďte adresu pracoviště a jméno lékaře, který diagnózu stanovil.)</b>	
<b>Jaké byly první příznaky, které vedly k diagnóze závažného onemocnění?</b>	
<b>Kdy se projeví první příznaky závažného onemocnění?</b>	<i>Datum a způsob léčení:</i>
<b>V případě zhoubného nádoru uveďte histologický nálezu a klasifikaci:</b>	
<b>Současný zdravotní stav pojištěné osoby:</b>	
<b>Ostatní sdělení lékaře:</b>	
<b>Přiložte veškeré lékařské nálezy, které máte k dispozici a které s léčbou závažného onemocnění souvisí (histologický nálezu, RTG popis, odborná vyšetření, apod.).</b>	

V případě požadavků posudkového lékaře pojišťovny Basler Sachversicherungs-AG vyslovuji souhlas ke spolupráci. Čestně prohlašuji, že jsem odpověděl(a) pravdivě a úplně na všechny otázky a jsem si vědom(a) důsledků nepravdivých odpovědí.

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

.....

Razítko a podpis ošetřujícího lékaře