



Oznámení vážného onemocnění dítěte

Vyplňte části B. až E. – bez jejich úplného vyplnění včetně podpisu nelze poskytnout pojistné plnění – a **předejte k vyplnění části F. svému ošetřujícímu lékaři** z oboru medicíny, který je příslušný k podání zprávy podle charakteru vážného onemocnění – např. interna, onkologie. Uplatňujete-li právo na pojistné plnění **za vážné onemocnění**, při kterém jste podstoupil(a) operativní léčení nebo jste byl(a) hospitalizován(a), přiložte propouštěcí zprávu z nemocnice, příp. operační protokol, máte-li je k dispozici. **Náklady spojené s vyplněním zprávy lékaře pojišťitel nehradí** (podle zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění, ve znění pozdějších předpisů, jde o výkon provedený v osobním zájmu a na žádost fyzické osoby, který není hrazen ze zdravotního pojištění). Osobní údaje vč. údajů o zdravotním stavu (dále jen „údaje“) jsou zpracovány jen v rozsahu a po dobu nezbytnou k zajištění práv a povinností z pojištění. Neposkytnutí relevantních údajů může způsobit nemožnost plnění z pojištění. Údaje mohou být poskytnuty třetí osobě pouze v souladu se zákonem č. 101/2000 Sb., o ochraně osobních údajů. Subjekt údajů má právo na informaci o rozsahu zpracování jeho osobních údajů podle § 12 a právo na ochranu svých práv podle § 21 citovaného zákona.

A. POJISTITEL Kooperativa pojišťovna, a.s., Vienna Insurance Group, Pobřežní 665/21, 186 00 Praha 8, Česká republika
IČO 47116617, zapsaná v obchodním rejstříku u Městského soudu v Praze, sp. zn. B 1897

B. POJIŠTĚNÝ

Rodné číslo¹⁾ Příjmení Jméno Titul

Adresa trvalého pobytu/bydliště Ulice (místo), číslo popisné/orientační Jste daňovým rezidentem (i) jiného státu než ČR? Kterého^{2),3)}
Ano

Obec – dodací pošta PSČ Jiný stát než ČR, jaký, ZIP kód⁴⁾

E-mail (uvedení e-mailové adresy pojištěného / oprávněná osoba / zákonný zástupce souhlasí pro účely vyřizování této pojistné události s komunikací prostřednictvím tohoto e-mailu) Mobilní telefon Telefon

1) U cizinců se zapíše datum narození ve tvaru RRMMDD/9999.
2) Platnou variantu označte křížkem X (platí i v ostatních případech s možností více variant).
3) Je-li označeno křížkem X Ano, vyplňte formulář Vo-118 (pro identifikaci fyzické osoby), bližší na www.koop.cz.
4) Není-li vyplněno, platí stát ČR.

C. ÚDAJE O POJIŠTĚNÍ A POJISTNÉ UDÁLOSTI

Nestačí-li pro požadované údaje místo v předtisknutých kolonkách, uveďte je na samostatném listu, který přiložte k tomuto formuláři.

Číslo pojistné smlouvy Číslo pojistné smlouvy Číslo pojistné smlouvy Číslo pojistné smlouvy

V rámci pojištění pro případ vážných onemocnění uplatňuji právo na pojistné plnění za⁵⁾

rakovinu (zhoubný novotvar) Hodgkinovu chorobu životně nezbytnou transplantaci důležitých tělesných orgánů celiakii

kardiochirurgickou operaci totální selhání ledvin diabetes mellitus I. typu juvenilní idiopatickou artritidu

nitrolební nádory nezhoubného původu příčnou míšňí lézi epilepsii typu Grand Mal fulminantní meningokokové onemocnění

lymfom klinicky potvrzenou slepotu meningitidu idiopatickou plicní fibrózu

leukemii klinicky potvrzenou hluchotu encefalitidu

Trpěl pojištěný někdy před vznikem vážného onemocnění zdravotními potížemi? Ano Ne Pokud ano, od kdy? Jakými:

Trpěl pojištěný podobnými potížemi jako nyní již v minulosti? Ano Ne Pokud ano, kdy a jak byl pojištěný léčen:

Kdy došlo k prvním příznakům vážného onemocnění? Datum Druh potíží:

Kdy Vám byla poprvé sdělena diagnóza vážného onemocnění? Datum Diagnóza:

Uveďte název a adresy odborných lékařů a odborných zdravotnických zařízení, ve kterých byl pojištěný vyšetřen a léčen, dobu léčení od - do a způsob léčby

5) Je-li pojištěné dítě nezletilé, údaje o vážném onemocnění dítěte a odpovědi na dotazy k tomuto onemocnění zodpoví zákonný zástupce dítěte.

D. ZPŮSOB VÝPLATY PLNĚNÍ

Pojistné plnění poukážete na (uveďte pouze jednu z možností)

Číslo účtu Kód banky Specifický symbol

Pojistnou smlouvu č. Jinou adresu Jméno a příjmení/Název

Adresu trvalého pobytu/bydliště uvedenou v části B. Ulice, číslo popisné/orientační, PSČ, obec

Náleží-li pojistné plnění nezletilé nebo nesvéprávné osobě, uveďte údaje o jejím zákonném zástupci (např. otec, matka, opatrovník)

E. PŘILOŽENÉ DOKUMENTY

Lékařská zpráva Propouštěcí zpráva Histologický nález Operační protokol Jiné:

Prohlašuji, že všechny údaje v tomto tiskopisu jsem uvedl(a) úplně a pravdivě a že nárok na pojistné plnění v důsledku uvedeného onemocnění uplatňuji jen na tomto tiskopisu. Jsem si vědom(a) právních důsledků neúplných nebo nepravdivých odpovědí na povinnost pojišťitele plnit. Dále se zavazuji oznámit pojišťiteli bez zbytečného odkladu každou změnu výše uvedených údajů. Zmocňuji tímto pojišťitele, aby z důvodu zjištění mého zdravotního stavu v souvislosti s výkonem práv a plněním povinností pojišťitele plynoucích z pojistné smlouvy činil dotazy, a to i po mé smrti, ohledně mého zdravotního stavu u příslušných lékařů (zdravotnických zařízení) a žádal tyto lékaře (zdravotnická zařízení) o pořízení výpisů nebo opisů ze zdravotnické dokumentace vedené o mé osobě, popř. z jiných zápisů, které se vztahují k mému zdravotnímu stavu. Zároveň v souladu s § 51 odst. 2 písm. b) zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování opravňuji příslušného lékaře (zdravotnické zařízení), aby pojišťiteli na jeho žádost - v rozsahu výše uvedeného zmocnění - poskytl požadované informace tak, jak je povinen je poskytovat pacientovi podle § 31 a násl. citovaného zákona, a to i v případě, že jde o diagnózu, která se obvykle pacientům v plném rozsahu nesděluje.

V dne 2 0 1
Podpis pojištěného (oprávněné osoby) Podpis zákonného zástupce, není-li pojištěný (oprávněná osoba) plně svéprávný

F. ZPRÁVA LÉKAŘE

Informace pro lékaře

Odměnu za vyplnění této zprávy Vám uhradí pojištěný (oprávněná osoba), resp. jeho zákonný zástupce. Prosíme o čitelné vyplnění všech údajů. Nestačí-li pro požadované údaje místo v předtištěných kolonkách, uveďte je na samostatném listu, který přiložte k tomuto formuláři.

Lékař potvrzuje, že ošetřoval pojištěného

Rodné číslo ¹⁾	Příjmení	Jméno	Titul
---------------------------	----------	-------	-------

a zjistil u něj toto vážné onemocnění:

Vážné onemocnění²⁾

Konečná diagnóza příslušného vážného onemocnění musí být doložena níže uvedenými lékařskými zprávami a dokumenty.

<input type="checkbox"/> Rakovina (zhoubný novotvar)	Histologický nálezh včetně čísla vyšetření. V případě chirurgického řešení operační diagnóza a druh výkonu. Klasifikace TNM.
<input type="checkbox"/> Kardiokirurgická operace	Propouštěcí zpráva z hospitalizace, při které byla operace provedena a ve které je uvedeno přesné datum vzniku prvních příznaků či obtíží (pokud není datum uvedeno, pak nutno doložit výpis ze zdravotní dokumentace).
<input type="checkbox"/> Nitrolební nádory nezhoubného původu	Propouštěcí zpráva z hospitalizace, při které bylo provedeno odstranění benigního nádoru. Pokud operace nebyla provedena, pak nutno doložit vyjádření neurochirurga o neoperabilitě a o trvalém neurologickém poškození.
<input type="checkbox"/> Lymfom, leukemie, Hodgkinova choroba	Zpráva odborného lékaře z oboru hematologie, u lymfomu též histologický nálezh.
<input type="checkbox"/> Totální selhání ledvin	Lékařská zpráva z nefrologie vč. uvedení výsledků renálních funkcí a potvrzení o dialýze.
<input type="checkbox"/> Příčná míšní léze	Propouštěcí zpráva z hospitalizace při vzniku onemocnění (obtíží) a aktuální neurologický nálezh nejméně 3 měsíce od data vzniku onemocnění (obtíží).
<input type="checkbox"/> Klinicky potvrzená slepota	Úplný oftalmologický nálezh s hodnocením vtsu obou očí.
<input type="checkbox"/> Klinicky potvrzená hluchota	Výsledek audiometrického vyšetření, tympanometrie a vyšetření akustického reflexu odborným pracovištěm ORL.
<input type="checkbox"/> Životně nezbytná transplantace důležitých tělesných orgánů	Propouštěcí zpráva z hospitalizace pro transplantaci orgánů.
<input type="checkbox"/> Diabetes mellitus I. typu	Výsledek laboratorních testů (glykemická křivka) a vyšetření na odborném pracovišti diabetologie, resp. dětské endokrinologie.
<input type="checkbox"/> Epilepsie typu Grand Mal	Objektivní nálezh neurologického vyšetření vč. nálezu EEG a MR, a to nejdříve jeden rok od stanovení diagnózy.
<input type="checkbox"/> Meningitida	Objektivní nálezh odborného pracoviště neurologie nejdříve šest měsíců po stanovení diagnózy.
<input type="checkbox"/> Encefalitida	Objektivní nálezh odborného pracoviště neurologie nejdříve šest měsíců po stanovení diagnózy.
<input type="checkbox"/> Celiakie	Objektivní nálezh odborného interního pracoviště gastroenterologie. Histologický nálezh z bioptického vyšetření tenkého střeva.
<input type="checkbox"/> Juvenilní idiopatická artritida	Objektivní nálezh odborného pracoviště dětské revmatologie nejdříve šest měsíců po stanovení diagnózy vč. potvrzení o nedostatečné odpovědi organismu na dostupnou léčbu a potvrzení o funkčním omezení kloubů či páteře.
<input type="checkbox"/> Fulminantní meningokokové onemocnění	Výsledek odborného lékařského vyšetření (neurologie) vč. bakteriologického vyšetření krve a mozkomíšního moku, a to nejdříve šest měsíců po stanovení diagnózy.
<input type="checkbox"/> Idiopatická plicní fibróza	Výsledek vyšetření odborným plicním lékařem vč. histologického nálezu z provedené biopsie tkáně.

Otázky pro lékaře (na všechny otázky je třeba odpovědět přesně a úplně – viz prohlášení pojištěného (oprávněné osoby) na přední straně formuláře před podpisem)

Uveďte bližší popis výše vybraného vážného onemocnění, resp. výkonu, který byl proveden (v případě nádorového onemocnění doložte histologický nálezh).

.....

Kdy byla diagnóza stanovena (příp. verifikována), resp. kdy byl proveden výkon?	Datum
---	-------

Ve kterém zdravotnickém zařízení? Uveďte, prosím, celý název, adresu a jméno příslušného odborného lékaře.

.....

Kdy byly pozorovány nebo zjištěny první příznaky tohoto onemocnění, jiné nemoci či poruchy, které byly v přímé příčinné souvislosti s vážným onemocněním?	Datum
---	-------

Ve kterém zdravotnickém zařízení? Uveďte, prosím, celý název, adresu a jméno příslušného odborného lékaře.

.....

Byl pojištěný informován o uvedeném vážném onemocnění?

Ano Ne

Pokud ano, kdy a jakým způsobem?

Současný stav pojištěného a způsob terapie

.....

Název zdravotnického zařízení nebo jméno lékaře

Ulice (místo), číslo popisné/orientační	Obec - dodací pošta	PSČ
---	---------------------	-----

Název oddělení	Číslo oddělení	Telefon
----------------	----------------	---------

Datum

Razítka a podpis lékaře

¹⁾ U cizinců se zapisuje datum narození ve tvaru RRRMDD/9999.

²⁾ Platnou variantu označte křížkem X (platí i v ostatních případech s možností více variant).