



Oznámení vážného onemocnění dítěte

Vyplňte část B. až E. – bez jejich úplného vyplnění včetně podpisu nelze poskytnout pojistné plnění – a **předejte k vyplnění části H. 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 pojistitel nehradí.**

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 číslo ¹⁾	Příjmení	Jméno	Titul
Adresa pro účely vyřizování této pojistné události Ulice (místo), číslo popisné/orientační		<input type="checkbox"/> Jste daňovým rezidentem (i) jiného státu než ČR? Kterého ^{2,3)}	
Obec – dodací pošta		PSČ	<input type="checkbox"/> Ano <input type="checkbox"/> Jiný stát než ČR, jaký, ZIP kód ⁴⁾
E-mail (uvedení e-mailové adresy pojištěný / oprávněná osoba / zákonný zástupce souhlasí pro účely vyřizování této pojistné události s komunikací prostřednictvím tohoto e-mailu)		Mobilní telefon	Telefon

C. ÚDAJE O POJIŠTĚNÍ A POJISTNÉ UDÁLOSTI

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

Číslo pojistné smlouvy	Číslo pojistné smlouvy	Číslo pojistné smlouvy	Číslo pojistné smlouvy
V rámci pojištění pro případ vážných onemocnění uplatňují právo na pojistné plnění za			
<input type="checkbox"/> kardiochirurgickou operaci	<input type="checkbox"/> nitrolební nádory nezhoubného původu	<input type="checkbox"/> příčnou míšň lézi	<input type="checkbox"/> encefalitidu
<input type="checkbox"/> idiopatickou plicní fibrózu	<input type="checkbox"/> klinicky potvrzenou hluchotu	<input type="checkbox"/> klinicky potvrzenou slepotu	<input type="checkbox"/> HIV nákazu při transfúzi krve
<input type="checkbox"/> rakovinu (zhoubný novotvar)	<input type="checkbox"/> fulminantní meningokokové onemocnění	<input type="checkbox"/> celiakii	<input type="checkbox"/> těžké popáleniny
<input type="checkbox"/> rakovinu vykazující rané maligní změny	<input type="checkbox"/> poliomylitidu	<input type="checkbox"/> juvenilní idiopatickou artritidu	<input type="checkbox"/> amputaci končetiny
<input type="checkbox"/> lymfom	<input type="checkbox"/> Creutzfeldt-Jakobovu nemoc	<input type="checkbox"/> diabetes mellitus I. typu	<input type="checkbox"/> poškození CNS následkem vakcínace
<input type="checkbox"/> leukemii	<input type="checkbox"/> transplantaci orgánů	<input type="checkbox"/> epilepsii typu Grand Mal	
<input type="checkbox"/> Hodgkinův lymfom	<input type="checkbox"/> totální selhání ledvin	<input type="checkbox"/> meningitidu	
Trpěl(a) jste někdy před vznikem vážného onemocnění zdravotními potížemi?	Pokud ano, od kdy? Jakými:		
<input type="checkbox"/> Ano <input type="checkbox"/> Ne			
Trpěl(a) jste podobnými potížemi jako nyní již v minulosti?	Pokud ano, kdy a jak jste byl(a) léčen(a):		
<input type="checkbox"/> Ano <input type="checkbox"/> Ne			
Kdy došlo k prvním příznakům vážného onemocnění?	Druh potíží:		
Datum			
Kdy Vám byla poprvé sdělena diagnóza vážného onemocnění?	Diagnóza:		
Datum			
Uveďte název a adresy odborných lékařů a odborných zdravotnických zařízení, ve kterých jste byl(a) vyšetřen(a) a léčen(a), dobu léčení od - do a způsob léčby			

D. ZPŮSOB VÝPLATY PLNĚNÍ

Pojistné plnění poukažte na (uveďte pouze jednu z možností)

<input type="checkbox"/> Číslo účtu	Kód banky	Specifický symbol
<input type="checkbox"/> Adresu uvedenou v části B. <input type="checkbox"/> Jinou adresu		
<input type="checkbox"/> Jako mimořádné pojistné na pojistnou smlouvu č.		Specifický symbol ⁵⁾
Název fondu		
<input type="checkbox"/> Jako běžné pojistné na pojistnou smlouvu č.		

ZÁKONNÝ ZÁSTUPCE jako příjemce pojistného plnění pro nezletilou nebo nespěleprávnou osobu⁶⁾

E. PŘILOŽENÉ DOKUMENTY

Lékařská zpráva Propouštěcí zpráva Histologický nález Operační protokol Jiné:

F. ZMOCNĚNÍ PODLE ZÁKONA O POSKYTOVÁNÍ ZDRAVOTNÍCH SLUŽEB

Pojištěný uděluje v souladu s § 2828 zákona č. 89/2012 Sb., občanský zákoník, souhlas pojišťiteli, aby zjišťoval či ověřoval jeho zdravotní stav pro účely šetření pojistných událostí či výkonu jiných práv a povinností z pojistné smlouvy, a to zejména formou dotazů u příslušných lékařů (poskytovatelů zdravotních služeb), žádostí o poskytnutí lékařských zpráv, pořízení výpisů nebo opisů ze zdravotnické dokumentace, popř. z jiných zápisů, které se vztahují ke zdravotnímu stavu pojištěného; tento souhlas platí i po smrti pojištěného a vztahuje se i na zjištění příčiny jeho smrti. Dále pojištěný opravňuje k poskytnutí těchto informací správou sociálního zabezpečení.

Pojištěný zproštuje v souladu s § 51 odst. 2 písm. b) zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování, příslušného lékaře, resp. poskytovatele zdravotních služeb, ve vztahu k pojišťiteli mlčenlivosti ve stejném rozsahu, v jakém je pojišťitel oprávněn požadovat informace či dokumenty podle předchozího odstavce, a dále podle toho, 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 nesděljuje.

G. ZPRACOVÁNÍ OSOBNÍCH ÚDAJŮ

V této části jsou uvedeny základní informace o zpracování Vašich osobních údajů. Tyto informace se na Vás uplatní, pokud jste fyzickou osobou. Více informací, včetně možnosti podání námítky v případě zpracování na základě oprávněného zájmu, práva na přístup a dalších práv, naleznete v příslušném dokumentu Informace o zpracování osobních údajů, který je trvale dostupný na webové stránce www.koop.cz v sekci „O pojišťovně Kooperativa“.

INFORMACE O ZPRACOVÁNÍ ÚDAJŮ O ZDRAVOTNÍM STAVU A GENETICKÝCH ÚDAJŮ

Berete na vědomí, že údaje o Vašem zdravotním stavu a genetické údaje zpracovává pojišťitel na základě nezbytnosti pro **určení, výkon a obhajobu právních nároků**, a to pro účely likvidace pojistné události, správy a ukončení pojistné smlouvy, ochrany právních nároků pojištěného a prevence a odhalování pojistných podvodů a jiných protiprávních jednání.

INFORMACE O ZPRACOVÁNÍ OSOBNÍCH ÚDAJŮ VYJMA ÚDAJŮ O ZDRAVOTNÍM STAVU A GENETICKÝCH ÚDAJŮ

Berete na vědomí, že identifikační a kontaktní údaje, údaje pro vyhodnocení potřeb a posouzení vhodnosti pojištění, údaje pro ocenění rizika při vstupu do pojištění a údaje o využívání služeb zpracovává pojišťitel na základě **oprávněného zájmu** pro účely zajištění řádného nastavení a plnění smluvních vztahů s pojištěným a souvisejících vztahů s pojištěným, správy a ukončení pojistné smlouvy, likvidace pojistné události, zajištění a soupojištění, ochrany právních nároků pojištěného a prevence a odhalování pojistných podvodů a jiných protiprávních jednání. Proti takovému zpracování máte právo kdykoli podat námítku, která může být uplatněna způsobem uvedeným v příslušných Informacích o zpracování osobních údajů.

Berete na vědomí, že shora uvedené osobní údaje zpracovává pojišťitel také na základě a pro účely **plnění zákonných povinností**, které se na pojištěného vztahují.

Podpisem tohoto formuláře potvrzujete, že jste se důkladně seznámil(a) s příslušným dokumentem Informace o zpracování osobních údajů, zejména s rozsahem zpracováváných údajů, právními základy (důvody), účely a dobou zpracování osobních údajů a právy, která Vám v této souvislosti náleží. Podpisem tohoto formuláře rovněž potvrzujete, že všechny údaje v tomto formuláři jste uvedl(a) úplně a pravdivě a že jejich případnou změnu oznámíte pojišťiteli bez zbytečného odkladu. Dále potvrzujete, že jste si vědom(a) právních důsledků, které mohou mít neúplné nebo nepravdivé odpovědi na povinnost pojištěného poskytnout pojistné plnění.

V
dne
| | | | | 2 | 0 | 1 |
Podpis pojištěného (oprávněné osoby)
Podpis zákonného zástupce⁹, není-li pojištěný (oprávněná osoba) plně svéprávný

H. ZPRÁVA LÉKAŘE

Informace pro lékaře

Odměnu za vyplnění této zprávy Vám uhradí pojištěný (oprávněná osoba). 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 ⁸	Příjmení	Jméno	Titul

a zjistil u něj toto vážné onemocnění:

Vážné onemocnění ²	Konečná diagnóza příslušného vážného onemocnění musí být doložena níže uvedenými lékařskými zprávami a dokumenty.
<input type="checkbox"/> Kardiochirurgická operace	Propouštěcí zpráva z hospitalizace. Zpráva odborného lékaře v oboru kardiochirurgie vč. operačního protokolu.
<input type="checkbox"/> Rakovina (zhoubný novotvar) včetně rakoviny vykazující rané maligní změny	Potvrzení diagnózy odborným lékařem s doložením histologického nálezu včetně uvedení TNM nebo jiné klasifikace.
<input type="checkbox"/> Lymfom, leukemie, Hodgkinův lymfom	Zpráva odborného lékaře z oboru hematologie, u lymfomu též histologický nálezu a potvrzení klinického stadia, u Hodgkinova lymfomu též potvrzení klinického stadia.
<input type="checkbox"/> Nitrolební nádory nezhoubného původu	Propouštěcí zpráva z hospitalizace, při které bylo provedeno odstranění nádoru; je-li nádor hodnocen jako neoperabilní, musí objektivní neurologické vyšetření prokázat trvalé neurologické poškození MRI nebo CT (případně PET) vyšetřením.
<input type="checkbox"/> Totální selhání ledvin	Lékařská zpráva z nefrologie vč. uvedení výsledků renálních funkcí a potvrzení o o zařazení do dialyzační léčby.
<input type="checkbox"/> Příčinná míšní léze	Propouštěcí zpráva z hospitalizace při vzniku onemocnění (obtíž) a potvrzení diagnózy lékařem specialistou v oboru neurologie i po uplynutí 3 měsíců od data stanovení diagnózy.
<input type="checkbox"/> Klinicky potvrzená slepota	Úplný oftalmologický nálezu s hodnocením vísu obou očí. Potvrzení ztráty zraku lékařem specialistou v oboru očního lékařství.
<input type="checkbox"/> Klinicky potvrzená hluchota	Výsledek audiometrického vyšetření, tympanometrie a vyšetření akustického reflexu odborným pracovištěm ORL.
<input type="checkbox"/> Transplantace orgánů	Propouštěcí zpráva z hospitalizace pro transplantaci orgánů.
<input type="checkbox"/> Celiakie	Histologický nálezu z biopsického vyšetření postiženého orgánu. Potvrzení dietního režimu objektivním nálezem odborného interního pracoviště gastroenterologie.
<input type="checkbox"/> Juvenilní idiopatická artritida	Potvrzení diagnózy, refrakternosti a funkčního omezení kloubů či páteře nálezem odborného pracoviště dětské revmatologie i po uplynutí 6 měsíců od data stanovení diagnózy.
<input type="checkbox"/> Fulminantní meningokokové onemocnění	Výsledek odborného lékařského vyšetření (neurologie), které potvrdí existenci trvalého neurologického poškození objektivním neurologickým nálezem i po uplynutí 6 měsíců od data stanovení diagnózy.
<input type="checkbox"/> Idiopatická plicní fibróza	Výsledek vyšetření odborným plicním lékařem vč. histologického nálezu z provedené biopsie tkáně.
<input type="checkbox"/> Diabetes mellitus I. typu	Zpráva odborného lékaře z oboru diabetologie nebo dětské endokrinologie a doložení všech relevantních (laboratorních, klinických a jiných) nálezů.
<input type="checkbox"/> Epilepsie typu Grand Mal	Potvrzení výskytu generalizovaných tonicko-klonických záchvatů a trvalé medikace objektivním nálezem kontrolního neurologického vyšetření vč. nálezu EEG a MR provedeného nejdříve 1 rok po stanovení diagnózy.
<input type="checkbox"/> Meningitida	Prokázání existence trvalého neurologického poškození objektivním nálezem lékaře specialisty v oboru neurologie i po uplynutí 6 měsíců od data stanovení diagnózy.
<input type="checkbox"/> Encefalitida	Prokázání existence trvalého neurologického poškození objektivním nálezem lékaře specialisty v oboru neurologie i po uplynutí 6 měsíců od data stanovení diagnózy.
<input type="checkbox"/> HIV nákaza - v důsledku transfúze krve	Písemné uznání odpovědnosti instituce, která provedla transfúzi, nebo soudní rozhodnutí s doložkou právní moci, které takovou odpovědnost potvrzuje. Zpráva odborného lékaře v oboru infektoologie včetně všech výsledků krevních testů.
<input type="checkbox"/> Polioomyelitida	Zpráva odborného lékaře v oboru infektoologie nebo neurologie o výsledcích laboratorních vyšetření vč. výsledků lumbální punkce.
<input type="checkbox"/> Creutzfeldt - Jakobova nemoc	Zpráva odborného lékaře v oboru neurologie o výsledcích použitých vyšetřovacích metod (vyšetření moku, MRI, EEG, u BSE biopsie krčních mandlí).
<input type="checkbox"/> Těžké popáleniny	Lékařská zpráva z odborného pracoviště pro léčení popálenin a lékařská zpráva z prvotního ošetření s popisem lokalizace, stupně a rozsahu popálenin.
<input type="checkbox"/> Amputace končetiny	Lékařská zpráva s uvedením data stanovení diagnózy, pro kterou byla nutná amputace končetiny. Propouštěcí zpráva z hospitalizace pro amputaci končetiny.
<input type="checkbox"/> Poškození CNS následkem vakcinace	Objektivní nálezu odborného pracoviště neurologie o existenci trvalého neurologického poškození po aplikaci vakcinace. Objektivní neurologický nálezu po uplynutí 6 měsíců od data stanovení diagnózy.

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 nález).

.....

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

.....

Název oddělení

Číslo oddělení

Telefon

Datum

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 2 0 1 |

Razítko 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).