



Oznámení vážného onemocnění dospělé osoby

Vyplňte část B. až E. – bez jejich úplného vyplnění včetně podpisu nelze poskytnout pojistné plnění – a **předějte 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)} Ano	
Obec – dodací pošta	PSČ	<input type="checkbox"/> Jiný stát než ČR, jaký, ZIP kód ⁴⁾	
E-mail (uvedením 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"/> infarkt myokardu	<input type="checkbox"/> klinicky potvrzenou hluchotu	<input type="checkbox"/> sníženou soběstačnost	<input type="checkbox"/> meningitidu
<input type="checkbox"/> cévní mozkovou příhodu	<input type="checkbox"/> systémový lupus erythematoses	<input type="checkbox"/> příčnou míšň lézi	<input type="checkbox"/> encefalitidu
<input type="checkbox"/> demenci vč. Alzheimerovy choroby	<input type="checkbox"/> difúzní formu Systémové sklerodermie	<input type="checkbox"/> klinicky potvrzenou slepotu	<input type="checkbox"/> HIV nákazu
<input type="checkbox"/> akutní koronární syndrom	<input type="checkbox"/> fulminantní meningokokové onemocnění	<input type="checkbox"/> glaukom	<input type="checkbox"/> operaci aorty
<input type="checkbox"/> idiopatickou plicní fibrózu	<input type="checkbox"/> Huntingtonovu nemoc	<input type="checkbox"/> amyotroficickou laterální sklerózu	<input type="checkbox"/> operaci při komplikacích Crohnovy nemoci
<input type="checkbox"/> rakovinu (zhoubný novotvar)	<input type="checkbox"/> poliotomyelitidu	<input type="checkbox"/> roztroušenou sklerózu	<input type="checkbox"/> těžké popáleniny
<input type="checkbox"/> rakovinu vykazující rané maligní změny	<input type="checkbox"/> Creutzfeldt-Jakobovu nemoc	<input type="checkbox"/> diabetes mellitus I. typu u dospělých	<input type="checkbox"/> amputaci končetiny
<input type="checkbox"/> lymfom	<input type="checkbox"/> transplantaci orgánů	<input type="checkbox"/> rupturu aneuryzmatu mozkové tepny	<input type="checkbox"/> poškození CNS následkem vakcinace
<input type="checkbox"/> leukemii	<input type="checkbox"/> totální selhání ledvin	<input type="checkbox"/> operaci věnčitých (koronárních) tepen	<input type="checkbox"/> narození vícerať
<input type="checkbox"/> Hodgkinův lymfom	<input type="checkbox"/> Parkinsonovu chorobu	<input type="checkbox"/> chronickou glomerulonefritidu	<input type="checkbox"/> úmrtí rodičky při porodu
<input type="checkbox"/> nitrolební nádory nezhoubného původu	<input type="checkbox"/> primární kardiomyopatii	<input type="checkbox"/> náhradu srdeční chlopně	<input type="checkbox"/> vrozenou vadu narozeného dítěte
Trpěl(a) jste někdy před vznikem vážného onemocnění zdravotními potížemi? <input type="checkbox"/> Ano <input type="checkbox"/> Ne	Pokud ano, od kdy? Jakými:		
Trpěl(a) jste podobnými potížemi jako nyní již v minulosti? <input type="checkbox"/> Ano <input type="checkbox"/> Ne	Pokud ano, kdy a jak jste byl(a) léčen(a):		
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 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:

<input type="checkbox"/> Chronická glomerulonefritida	Lékařská zpráva z nefrologie vč. histologického nálezu z biopsie ledvin a potvrzení o zařazení do dialyzační léčby.
<input type="checkbox"/> Náhrada srdeční chlopně umělou chlopní	Propouštěcí zpráva z hospitalizace. Zpráva odborného lékaře v oboru kardiologie včetně operačního protokolu.
<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	Negativní výsledek testu na HIV protilátky provedeného do 7 dnů po incidentu, k němuž došlo při výkonu povolání zdravotnického pracovníka, hasiče či policisty, při fyzickém napadení pojištěného nebo při poskytování laické první pomoci při dopravní nehodě. Zpráva odborného lékaře v oboru infekologie a další test do šesti měsíců od incidentu prokazující přítomnost viru nebo jeho protilátek.
<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 infekologie včetně všech výsledků krevních testů.
<input type="checkbox"/> Operace aorty	Propouštěcí zpráva z hospitalizace. Zpráva odborného lékaře v oboru kardiologie včetně operačního protokolu.
<input type="checkbox"/> Huntingtonova nemoc	Zpráva odborného lékaře v oboru neurologie o klinickém nález vč. nález genetického vyšetření.
<input type="checkbox"/> Poliomyelitida	Zpráva odborného lékaře v oboru infekologie 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"/> Difuzní forma Systémové sklerodermie	Klinický nález odborného lékaře v oboru revmatologie vč. zařazení dle klasifikačních kritérií ACR/EULAR nebo jiných. Postižení srdce, plic nebo ledvin musí být potvrzeno v biopsii a sérologických testech.
<input type="checkbox"/> Operace při komplikacích Crohnovy nemoci	Klinický nález odborného lékaře v oboru gastroenterologie vč. nálezů provedených vyšetření. Propouštěcí zpráva z hospitalizace vč. uvedení typu a důvodu operace a nálezů histologického vyšetření ze vzorku odoperované tkáně.
<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 nález odborného pracoviště neurologie o existenci trvalého neurologického poškození po aplikaci vakcinace. Objektivní neurologický nález po uplynutí 6 měsíců od data stanovení diagnózy.
<input type="checkbox"/> Narození vícerať	Propouštěcí zpráva z porodnice. Kopie rodných listů dětí.
<input type="checkbox"/> Úmrtí rodičky při porodu	Závěrečná zpráva o rodičce. Kopie rodného listu narozeného dítěte.
<input type="checkbox"/> Vrozená vada dítěte - Downův syndrom	Lékařská zpráva z odborného pracoviště neonatologie, resp. lékařské genetiky a pediatrie. Kopie rodného listu dítěte.
<input type="checkbox"/> Vrozená vada dítěte - Edwardsův syndrom	Lékařská zpráva z odborného pracoviště neonatologie, resp. lékařské genetiky a pediatrie. Kopie rodného listu dítěte.
<input type="checkbox"/> Vrozená vada dítěte - Patauův syndrom	Lékařská zpráva z odborného pracoviště neonatologie, resp. lékařské genetiky a pediatrie. Kopie rodného listu dítěte.
<input type="checkbox"/> Vrozená vada dítěte - spina bifida (rozštěp páteře)	Lékařská zpráva z odborného pracoviště neonatologie, resp. lékařské genetiky a pediatrie. Kopie rodného listu dítěte.
<input type="checkbox"/> Vrozená vada dítěte – DMD / BMD Duchenne / Becker Muscular Dystrophy	Lékařská zpráva z neurologie vč. histologického nálezů po provedení biopsii. Kopie rodného listu dítěte.

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

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

Ulice (místo), číslo popisné/orientační

Obec - dodací pošta

PSČ

| | | | | | | | | | | | | | | |

Název oddělení

Číslo oddělení

Telefon

| | | | | | | | | | | | | | | |

Datum

| | | | | | | | | | | | | | | |

Razítko a podpis lékaře

¹⁾ U cizinců se zapíše datum narození ve tvaru RRRMMDD/9999.

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