



Oznámení vážného onemocnění dospělé osoby

Vyplňte části B. až E. – bez jejich úplného vyplnění včetně podpisu nelze poskytnout pojistné plnění – a **předějte 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 pojistitel 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 zpracovávány 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 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

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"/> nitrolební nádory nezhoubného původu	<input type="checkbox"/> příčnou míšňí lézi	<input type="checkbox"/> náhradu srdeční chlopně
<input type="checkbox"/> náhlou cévní mozkovou příhodu	<input type="checkbox"/> klinicky potvrzenou hluchotu	<input type="checkbox"/> klinicky potvrzenou slepotu	<input type="checkbox"/> meningitidu
<input type="checkbox"/> Alzheimerovu chorobu	<input type="checkbox"/> systémový lupus erythematoses	<input type="checkbox"/> glaukom	<input type="checkbox"/> encefalitidu
<input type="checkbox"/> akutní koronární syndrom	<input type="checkbox"/> fulminantní meningokokové onemocnění	<input type="checkbox"/> amyotrofickou laterální sklerózu	<input type="checkbox"/> HIV nákazu
<input type="checkbox"/> idiopatickou plicní fibrózu	<input type="checkbox"/> životně nezbytnou transplantaci důležitých tělesných orgánů	<input type="checkbox"/> roztroušenou sklerózu	<input type="checkbox"/> operaci aorty
<input type="checkbox"/> rakovinu (zhoubný novotvar)	<input type="checkbox"/> totální selhání ledvin	<input type="checkbox"/> cukrovku (diabetes mellitus)	<input type="checkbox"/> narození vícčetat
<input type="checkbox"/> lymfom	<input type="checkbox"/> Parkinsonovu chorobu	<input type="checkbox"/> rupturu aneuryzmatu mozkové tepny	<input type="checkbox"/> úmrtí rodičky při porodu
<input type="checkbox"/> leukemii	<input type="checkbox"/> primární kardiomyopatii	<input type="checkbox"/> operaci věnčitých tepen	<input type="checkbox"/> vrozenou vadu narozeného dítěte
<input type="checkbox"/> Hodgkinovu chorobu	<input type="checkbox"/> sníženou soběstačnost	<input type="checkbox"/> chronickou glomerulonefritidu	

Trpěl(a) jste někdy před vznikem vážného onemocnění zdravotními potížemi?
 Ano Ne

Pokud ano, od kdy? Jakými:

Trpěl(a) jste podobnými potížemi jako nyní již v minulosti?
 Ano 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 poukážete na (uvedte 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 nálezy Operační protokol Jiné:

Přiložte, 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 pojistitele plnit. Dále se zavazuji oznámit pojistiteli bez zbytečného odkladu každou změnu výše uvedených údajů. Zmocňuji tímto pojistitele, aby z důvodu zjištění mého zdravotního stavu v souvislosti s výkonem práv a plněním povinností pojistitele 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 pojistiteli 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). 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 onemocnění ²⁾	Konečná diagnóza příslušného vážného onemocnění musí být doložena níže uvedenými lékařskými zprávami a dokumenty.
<input type="checkbox"/> Infarkt myokardu	Propouštěcí zpráva z hospitalizace při vzniku onemocnění (obtíž). EKG s popisem změn na srdečním svalu a zpráva z biochemického vyšetření prokazující zvýšení srdečních enzymů.
<input type="checkbox"/> Náhle cévní mozková příhoda	Propouštěcí zpráva z hospitalizace při vzniku onemocnění (obtíž). Musí být prokázáno trvalé neurologické postižení doložené objektivním nálezem lékaře specialisty v oboru neurologie, a to nejdříve šest měsíců po vzniku onemocnění.
<input type="checkbox"/> Rakovina (zhoubný novotvar)	Histologický nálezn včetně čísla vyšetření. V případě chirurgického řešení operační diagnóza a druh výkonu. Klasifikace TNM.
<input type="checkbox"/> Lymfom, leukemie, Hodgkinova choroba	Zpráva odborného lékaře z oboru hematologie, u lymfomu též histologický nálezn.
<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"/> Akutní koronární syndrom	Propouštěcí zpráva z hospitalizace při vzniku onemocnění (obtíž). Výsledek koronarografického vyšetření srdečních tepen, operační protokol.
<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 (obtíž) a aktuální neurologický nálezn nejméně 3 měsíce od data vzniku onemocnění (obtíž).
<input type="checkbox"/> Klinicky potvrzená slepota / Glaukom	Úplný oftalmologický nálezn s hodnocením visu 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"/> Alzheimerova choroba (demence)	Výsledek klinického vyšetření psychologem, psychiatrem i neurologem. Nálezn MMSE skóre či jiné neuropsychologické škály a nálezn CT nebo MRI vyšetření.
<input type="checkbox"/> Parkinsonova choroba	Výsledek klinického neurologického vyšetření včetně uvedení nálezu CT nebo MRI a L-dopa test.
<input type="checkbox"/> Amyotrofičká laterální skleróza	Výsledek klinického neurologického vyšetření včetně uvedení nálezu EMG vyšetření a nálezu MR mozku a krční míchy, event. vyšetření mozkomíšního moku.
<input type="checkbox"/> Systémový lupus erythematoses	Výsledek klinického vyšetření odborným lékařem revmatologem.
<input type="checkbox"/> Primární kardiomyopatie	Výsledek klinického vyšetření odborným lékařem kardiologem vč. nálezu vyšetření echokardiografie a MR srdečního svalu.
<input type="checkbox"/> Roztroušená skleróza	Objektivní nálezn lékaře specialisty v oboru neurologie vč. uvedení MR nálezu, a to nejdříve šest měsíců po vzniku prvních příznaků.
<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.
<input type="checkbox"/> Snížená soběstačnost	Výsledek odborného vyšetření vč. všech (laboratorních, klinických a jiných) nálezu. Příslušné rozhodnutí orgánu státní správy o přiznání dávky příspěvku na péči a o stupni závislosti (III. a IV. stupeň závislosti podle zákona o sociálních službách) doložené odbornými lékařskými zprávami.
<input type="checkbox"/> Cukrovka (diabetes mellitus)	Zpráva odborného lékaře z oboru diabetologie, kardiologie, neurologie, očního lékařství nebo nefrologie podle druhu pozdní cévní komplikace diabetu.
<input type="checkbox"/> Ruptura aneuryzmatu mozkové tepny	Objektivní nálezn lékaře specialisty v oboru neurologie, a to nejdříve šest měsíců po stanovení diagnózy.
<input type="checkbox"/> Operace věnčitých (koronárních) tepen	Propouštěcí zpráva z hospitalizace. Zpráva odborného lékaře v oboru kardiologie včetně operačního protokolu.
<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	Objektivní nálezn z neurologie nejdříve šest měsíců po stanovení diagnózy.
<input type="checkbox"/> Encefalitida	Objektivní nálezn z neurologie nejdříve šest měsíců po 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 nebo policisty. Zpráva odborného lékaře v oboru infektologie a další test do šesti měsíců od incidentu prokazující přítomnost viru nebo jeho protilátek.
<input type="checkbox"/> Operace aorty	Propouštěcí zpráva z hospitalizace. Zpráva odborného lékaře v oboru kardiologie včetně operačního protokolu.
<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 dítěte.
<input type="checkbox"/> Vrozená vada dítěte - Downův syndrom	Lékařská zpráva z odborného pracoviště neonatologie, resp. lékařské genetiky a pediatrie.
<input type="checkbox"/> Vrozená vada dítěte - Edwardsův syndrom	Lékařská zpráva z odborného pracoviště neonatologie, resp. lékařské genetiky a pediatrie.
<input type="checkbox"/> Vrozená vada dítěte - Patauův syndrom	Lékařská zpráva z odborného pracoviště neonatologie, resp. lékařské genetiky a pediatrie.
<input type="checkbox"/> Vrozená vada dítěte - spina bifida	Lékařská zpráva z odborného pracoviště neonatologie, resp. lékařské genetiky a pediatrie.
<input type="checkbox"/> Vrozená vada dítěte – DMD/ BMD Duchenne / Becker Muscular Dystrophy	Lékařská zpráva z neurologie vč. histologického nálezu po provedené biopsii.

Lékař potvrzuje, že ošetřoval pojištěného			
Rodné číslo ¹⁾	Příjmení	Jméno	Titul
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?		<input type="checkbox"/> Ano <input type="checkbox"/> 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 zapisuje datum narození ve tvaru RRRMDD/9999.

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