

Oznámenie poistnej udalosti z pripoistenia kritických chorôb

Dôverné

Allianz 
Slovenská poisťovňa

Číslo poistnej udalosti:
Doručené:

Poučenie pre osobu uplatňujúcu si nároky:

1. Vznik poistnej udalosti ste povinný nahlásiť akonáhle je to objektívne možné, a to najneskôr do jedného mesiaca od jej vzniku.
2. Dôsledne vyplňte túto stranu oznámenia. Bez úplného vyplnenia, vrátane podpisu poisteného, alebo jeho zákonného zástupcu, nie je možné plnenie za poistnú udalosť vyplatiť.
3. Druhú stranu tohoto oznámenia predložte svojmu lekárovi na vyplnenie.
4. V prípade, že medzi poisťovňou a zdravotníckym zariadením nie je uzatvorená zmluva, uhradte ošetrovateľovi lekárovi za vyplnenie druhej strany tlačiva sumu 6,64 EUR. Prijatie sumy Vám lekár potvrdí vystavením potvrdenky, ktorú priložte k oznámeniu.
5. Ak nestačí miesto na požadované údaje, uveďte ich zvlášť v prílohe.

Uveďte prosím čísla všetkých poistiek, ktorými ste v Allianz - Slovenskej poisťovni, a.s., pripoistený pre prípad kritických chorôb:

Meno poisteného: Rodné číslo: Dátum narodenia:

Adresa zamestnávateľa: Zamestnanie:

Trvalé bydlisko: PSČ:

Telefón domov: Telefón do zamestnania:

Kedy došlo k prvým príznakom kritickej choroby? Dátum:
Druh ťažkosti:

Kedy Vám bola prvýkrát oznámená diagnóza kritickej choroby? Dátum:
Názov choroby (diagnóza):

Názov a adresa zdravotníckeho zariadenia a meno lekára:

Kedy, kde a ako ste sa bezprostredne po zistení choroby a prípadne ďalej následne liečili?

Uveďte presnú dobu (od kedy do kedy), názvy a adresy zdravotníckych zariadení, mená lekárov a spôsob liečenia (operácie, dialýzy, konzervatívna liečba v lôžkovom zariadení, kúpele a pod.):

Kde je v súčasnej dobe vedená (uložená) zdravotná dokumentácia, týkajúca sa Vašej kritickej choroby?

Uveďte názov a adresu zdravotníckeho zariadenia a meno lekára:

Vyhlásenie:

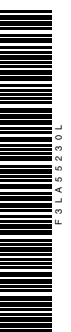
Vyhlasujem, že som všetky údaje uviedol(a) pravdivo a úplne, že som k hlásenej kritickej chorobe vyplnil(a) pre Allianz - Slovenskú poisťovňu, a. s., iba toto oznámenie a že som si vedomý(á) dôsledkov nesprávnych odpovedí na povinnosť poistiteľa plniť. Súhlasím, aby si poisťiteľ pre šetrenie poistnej udalosti, vyžiadal všetku potrebnú zdravotnú dokumentáciu o mojom zdravotnom stave a liečení.

Vzhľadom na typ pripoistenia, žiadam súčasne svojho lekára o uvedenie presnej diagnózy môjho ochorenia na druhej strane tohoto oznámenia aj v prípade, že pôjde o diagnózu, ktorá sa zvyčajne pacientom v plnom rozsahu neoznamuje.

Poistné plnenie poukážte **na adresu / účet:**

V dňa.....

Podpis poisteného (jeho zákonného zástupcu, poistníka, prípadne oprávnenej osoby)



Správa ošetrojúceho lekára

V prípade, že nie je uzatvorená zmluva medzi poisťovňou a zdravotníckym zariadením, za vyplnenie tohoto tlačiva Vám patrí odmena vo výške 6,64 EUR. Jej pre-
zatie potvrdíte prosím žiadateľovi potvrdenkou.

Úvodné informácie pre lekára:

Pripoistením sú kryté tieto kritické choroby a výkony (ďalej len kritické choroby):

Srdcový infarkt (infarkt myokardu), cievná mozgová príhoda (mŕtvica), rakovina, chronické zlyhanie obličiek, slepota, úplné a trvalé ochrnutie dvoch a viacerých končatín, skleróza multiplex, kliešťová encefalitída, nevyhnutná transplantácia životne dôležitých orgánov, operácia vencovitých tepien z dôvodu ischemickej choroby srdca, operácia aorty, operácia srdcových chlopní.

Aby poistenému vznikol nárok na poistné plnenie, musí byť na všetky otázky odpovedané presne a úplne (viď tiež prehlásenie poisteného na prvej strane).

Konečná diagnóza musí byť stanovená na základe týchto nevyhnutných údajov:

- srdcový infarkt** - subjektívne potiaže, popis EKG, hodnoty špecifických enzýmov,
- cievná mozgová príhoda** - subjektívne ťažkosti, aktuálny neurologický nález,
- rakovina (maligne ochorenie)** - histologický nález vrátane čísla vyšetrenia, v prípade chirurgického riešenia, operačná diagnóza a druh výkonu (kópia operačnej vložky), klasifikácia TNM,
- chronické zlyhanie obličiek** - výsledky vyšetrení, ktoré indikovali zaradenie do dialyzačného a (alebo) transplantáčného programu, zahájenie a frekvencia dialýzy, event. dátum transplantácie obličiek,
- slepota** - subjektívne potiaže, úplný oftalmologický nález s hodnotením vizusu,
- úplné ochrnutie a trvalé ochrnutie dvoch a viac končatín** - subjektívne potiaže, presný popis úplného ochrnutia jednotlivých končatín (dátum od - do)
- skleróza multiplex** - subjektívne potiaže, výsledky vyšetrení CT alebo MR, počet aták (dátum od - do)
- kliešťová encefalitída** - subjektívne potiaže, neurologický nález - diagnostikovaný zápal mozgového tkaniva spôsobený vírusovou infekciou prenesenou kliešťom, stupeň bezvládnosti, stanovenej lekárskou posudkovou komisiou Sociálnej poisťovne,
- transplantácia srdca, pľúc, pečene, obličiek, slinivky brušnej a kostnej drene** - výsledky vyšetrení, ktoré indikovali zaradenie do transplantáčného programu, operačná diagnóza a vlastný výkon (kópia operačnej vložky),
- operácia vencovitých tepien z dôvodu ischemickej choroby srdca** - popis predoperačnej koronarografie, operačná diagnóza a vlastný výkon (kópia operačnej vložky),
- operácia aorty** - subjektívne potiaže, predoperačný popis disekujúcej aneurizmy aorty, kópia operačnej vložky,
- operácia srdcových chlopní** - subjektívne potiaže, predoperačný popis srdcovej vady, kópia operačnej vložky.

<p>1) Ktorá z vyššie uvedených diagnóz kritickej choroby bola poistenému zistená (diagnostikovaná), resp. aký typ výkonu bol vykonaný?</p>
<p>2) Kedy bola diagnóza stanovená (príp. verifikovaná), resp. kedy bol vykonaný výkon?</p> <p>Na základe akých príznakov, vyšetrení a nálezov (viď vyššie)?</p> <p>V ktorom zdravotníckom zariadení? Uveďte prosím celý názov a adresu, pokiaľ možno aj meno príslušného odborného lekára alebo lekárov:</p>
<p>3) Kedy boli pozorované alebo zistené prvé príznaky niektorého z vyššie uvedených kritických chorôb, alebo chorôb či porúch, ktoré boli v priamej príčinnej súvislosti s kritickou chorobou?</p> <p>V ktorom zdravotníckom zariadení? Uveďte prosím celý názov a adresu, pokiaľ možno aj meno príslušného odborného lekára alebo lekárov:</p>
<p>4) Iné oznámenia ošetrojúceho lekára:</p>

Čestne vyhlasujem, že som zodpovedal(a) pravdivo a úplne na všetky otázky a som si vedomý(á) dôsledku nepravdivých odpovedí.

„Poistený týmto dáva lekárovi výslovný písomný súhlas:

- s poskytnutím údajov o jeho zdravotnom stave Allianz - Slovenskej poisťovni, a.s.,

Poistený týmto dáva poisťovateľovi výslovný písomný súhlas:

- so spracovaním osobných údajov, ako aj osobitej kategórie osobných údajov v informačnom systéme poisťovateľa v súvislosti s dojednaným poistením a so sprístupnením týchto údajov tretím osobám v súvislosti so správou poistenia, likvidáciou poistných udalostí a zaistením. Súhlas sa udeľuje na dobu do vysporiadania všetkých záväzkov vyplývajúcich z poistnej zmluvy,

- s tým, aby tretie osoby, ktorým poisťovateľ poskytol osobné údaje, spracovali osobné údaje v rozsahu a na účel vyplývajúci z ich právneho postavenia, maximálne po dobu desiatich rokov od ukončenia zmluvného vzťahu medzi poisťovateľom a poistníkom/poisteným, pričom ustanovenia osobitných právnych predpisov tým nie sú dotknuté,

- s tým, aby poisťovateľ vykonával cezhraničný prenos osobných údajov do ktorejkoľvek z krajín EÚ, krajín pridružených k EÚ, krajín patriacich do Európskeho hospodárskeho priestoru a do krajín, ktoré sú členskými štátmi OECD a ďalších krajín, a to aj v prípade, že nebudú splnené podmienky požadované zákonom na ochranu osobných údajov a kedy je potrebný osobitný súhlas dotknutej osoby,

- na získavanie osobných údajov kopírovaním, skenovaním alebo iných zaznamenávaním úradných dokladov na nosič informácií

Poistený je oprávnený tento súhlas odvolať s tým, že jeho účinky nastanú okamihom vysporiadania všetkých záväzkov vyplývajúcich z poistnej zmluvy.“

V dňa.....

pečiatka a podpis ošetrojúceho lekára
adresa zdravotníckeho zariadenia a telefón