

Uvedte názvy a adresy všech zdravotnických zařízení, v nichž jste byl(-a) či jste po stanovení diagnózy choroby / provedení operace / zařazení na čekací listinu léčen(-a):

Léčba od – do:

Jméno ošetřujícího lékaře (lékařů):

Způsob léčby:

Kde je v současnosti vedena zdravotní dokumentace týkající se choroby / operace / zařazení na čekací listinu? Uvedte název a adresu zdravotnického zařízení a jméno lékaře (lékařů):

Výplata pojistného plnění

<input type="checkbox"/> Plnění poukažte na účet u peněžního ústavu	Číslo účtu	Kód banky	Specifický symbol	Variabilní symbol
<input type="checkbox"/> nebo na adresu	Ulice a číslo popisné, obec			<input type="checkbox"/> adresa totožná s adresou pojistného

Prohlášení

Pojistěného nebo zákonného zástupce (je-li pojistěný nezletilý):

Prohlašuji, že všechny mé odpovědi na písemně položené dotazy pojistitele uvedené v tomto tiskopise jsou pravdivé a úplné a jsem si vědom důsledků nepravdivých odpovědí na povinnost pojistitele plnit. V souladu se zákonem č. 101/2000 Sb., o ochraně osobních údajů, ve znění pozdějších předpisů (dále jen „zákon“), souhlasím, aby mé osobní údaje včetně údajů o mém zdravotním stavu (resp. údaje týkající se nezletilého, jehož jsem zákonným zástupcem (dále jen „nezletilý“), včetně údajů o jeho zdravotním stavu) byly pojistitelem zpracovány v rámci činnosti v pojišťovnictví a činnosti související s pojišťovací činností podle zák. č. 363/1999 Sb., o pojišťovnictví, ve znění pozdějších předpisů, a to po dobu nezbytně nutnou k zajištění všech práv a povinností plynoucích ze závazkového vztahu. Ve smyslu zákona č. 133/2000 Sb., o evidenci obyvatel a o rodných číslech a o změně některých zákonů, ve znění pozdějších předpisů, souhlasím s tím, aby ve stejném rozsahu, za stejným účelem a po stejnou dobu jako ostatní osobní údaje bylo využíváno rodné číslo, jehož jsem nositelem (resp. jehož nositelem je nezletilý). Prohlašuji, že jsem byl v souladu se zákonem řádně informován o zpracování mých osobních údajů (resp. údajů týkajících se nezletilého), o svých právech a o povinnostech zpracovatelů údajů. Souhlasím s předáváním mých osobních údajů (resp. údajů týkajících se nezletilého) do jiných států, a to ve smyslu §27 zákona. Veškeré poskytnuté údaje bude zpracovávat pojistitel nebo zpracovatel registrovaný v souladu s ust. § 16 zákona Úřadem pro ochranu osobních údajů. Dále zmocňuji pojistitele, aby si pro potřebu šetření pojistné události vyžadoval veškeré informace a potřebnou zdravotní dokumentaci o mém zdravotním stavu a léčení (resp. zdravotním stavu a léčení nezletilého) a zavazují se tuto zdravotní dokumentaci pro pojistitele zajistit. Zároveň žádám a opravňuji tímto všechny dotazované ošetřující lékaře o uvedení přesné diagnózy choroby, přesný popis operace či důvodů k zařazení na čekací listinu. Na důkaz svého souhlasu s výše uvedeným zmocněním připojuji k tomuto prohlášení svůj podpis.

Dále prohlašuji, že:

- nejsem nebo v posledním roce **jsem nebyl(a)** politicky exponovanou osobou ve smyslu ustanovení § 4 odst. 5 zákona č. 253/2008 Sb., o některých opatřeních proti legalizaci výnosů z trestné činnosti a financování terorismu.
- jsem** nebo v posledním roce **jsem byl(a)** politicky exponovanou osobou ve smyslu ustanovení § 4 odst. 5 zákona č. 253/2008 Sb., o některých opatřeních proti legalizaci výnosů z trestné činnosti a financování terorismu.

Politicky exponovaná osoba je nebo byla v postavení:

Zplnomocněné osoby:

Prohlašuji, že v souladu s plnou mocí, kterou mi pojistěný udělil, jsem oprávněn jeho jménem žádat ošetřující lékaře o poskytnutí údajů o jeho zdravotním stavu a léčení vč. potřebné zdravotní dokumentace. Dále prohlašuji, že všechny mé odpovědi na písemně položené dotazy pojistitele uvedené v tomto tiskopise jsou pravdivé a úplné. V souladu se zákonem č. 101/2000 Sb., o ochraně osobních údajů, ve znění pozdějších předpisů (dále jen „zákon“), výslovně souhlasím, aby mé osobní údaje byly pojistitelem zpracovány v rámci činnosti v pojišťovnictví a činnosti související s pojišťovací činností podle zák. č. 363/1999 Sb., o pojišťovnictví, ve znění pozdějších předpisů, a to po dobu nezbytně nutnou k zajištění všech práv a povinností plynoucích ze závazkového vztahu. Ve smyslu zákona č. 133/2000 Sb., o evidenci obyvatel a o rodných číslech a o změně některých zákonů, ve znění pozdějších předpisů, souhlasím s tím, aby ve stejném rozsahu, za stejným účelem a po stejnou dobu jako ostatní osobní údaje bylo využíváno rodné číslo, jehož jsem nositelem (resp. jehož nositelem je nezletilý). Prohlašuji, že jsem byl v souladu se zákonem řádně informován o zpracování mých osobních údajů, o svých právech a o povinnostech zpracovatelů údajů. Veškeré poskytnuté údaje bude zpracovávat pojistitel nebo zpracovatel registrovaný v souladu s ust. § 16 zákona Úřadem pro ochranu osobních údajů. Na důkaz svého souhlasu s výše uvedeným zmocněním připojuji k tomuto prohlášení svůj podpis. Zplnomocněná osoba zároveň prohlašuje, že v souladu s plnou mocí, kterou jí pojistěný udělil, je oprávněna jeho jménem žádat ošetřující lékaře o poskytnutí údajů o jeho zdravotním stavu a léčení včetně potřebné zdravotní dokumentace. Zároveň přikládám originál či ověřenou kopii udělené plné moci.

V dne

Podpis pojistěného
nebo zákonného zástupce

Podpis zplnomocněné osoby
(předkládá-li tiskopis)

Lékařská zpráva

(vyplní lékař)

Poskytnutí údajů je v souladu se souhlasem pojištěného (přední strana). Prosíme o přesné a úplné vyplnění všech otázek. **Sdělené skutečnosti uvedené na tiskopise oznámení je nutné podložit vždy odbornou lékařskou zprávou o rozsahu a léčbě předmětného zdravotního postižení.**

Osobní údaje pojištěného

Příjmení a jméno pojištěného

Rodné číslo

Údaje o chorobě

Označte níže uvedenou diagnózu – pojištění dospělých osob

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> infarkt myokardu | <input type="checkbox"/> encefalitida |
| <input type="checkbox"/> cévní mozková příhoda | <input type="checkbox"/> koma |
| <input type="checkbox"/> rakovina | <input type="checkbox"/> onemocnění plic způsobující dechovou nedostatečnost |
| <input type="checkbox"/> nezhoubný nádor mozku | <input type="checkbox"/> Parkinsonova nemoc |
| <input type="checkbox"/> chronické selhání ledvin | <input type="checkbox"/> paraplegie, tetraplegie, hemiplegie |
| <input type="checkbox"/> zařazení na čekací listinu pro orgánovou transplantaci | <input type="checkbox"/> roztroušená skleróza |
| <input type="checkbox"/> operace věnčitých tepen | <input type="checkbox"/> těžké popáleniny |
| <input type="checkbox"/> slepota | <input type="checkbox"/> závažná onemocnění způsobená přisátím klíštěte (tzn. závažná forma klíšťové meningoencefalitidy nebo lymeské nemoci) |
| <input type="checkbox"/> hluchota | <input type="checkbox"/> bakteriální meningitida |
| <input type="checkbox"/> infekce virem HIV | <input type="checkbox"/> operace aorty |
| <input type="checkbox"/> Creutzfeld-Jakobova nemoc | |
| <input type="checkbox"/> demence včetně Alzheimerovy choroby | |

Označte níže uvedenou diagnózu – pojištění dětí

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> rakovina | <input type="checkbox"/> virová hepatitida |
| <input type="checkbox"/> nezhoubný nádor mozku | <input type="checkbox"/> aplastická anemie |
| <input type="checkbox"/> chronické selhání ledvin | <input type="checkbox"/> diabetes mellitus I. typu |
| <input type="checkbox"/> zařazení na čekací listinu pro orgánovou transplantaci | <input type="checkbox"/> syndrom krátkého střeva |
| <input type="checkbox"/> operace aorty | <input type="checkbox"/> operace srdeční chlopně |
| <input type="checkbox"/> slepota | <input type="checkbox"/> získané chronické srdeční onemocnění |
| <input type="checkbox"/> hluchota | <input type="checkbox"/> astma |
| <input type="checkbox"/> paraplegie, tetraplegie, hemiplegie | <input type="checkbox"/> epilepsie |
| <input type="checkbox"/> koma | <input type="checkbox"/> revmatická horečka |
| <input type="checkbox"/> poliomyelitida | <input type="checkbox"/> tetanus |
| <input type="checkbox"/> meningitida, encefalitida | |

Datum prvního stanovení dg. / provedení operace / zařazení na čekací listinu:

Název a adresa zdravotnického zařízení (nejlépe i jméno lékaře), které stanovilo dg. / provedlo operaci / zařazení na čekací listinu:

Uvedte prosím všechna vyšetření, nálezy a hodnoty vedoucí ke stanovení dg. / provedení operace / zařazení na čekací listinu:

Průběh a způsob léčení:

Pokud proběhla hospitalizace, kde a od – do:

Kdy byly zpozorovány (zjištěny) první příznaky, které byly v přímé souvislosti s později stanovenou dg. / operací / zařazením na čekací listinu?

Název a adresa zdravotnického zařízení (nejlépe i jméno lékaře):

Dne:

Rozvedte prosím tyto příznaky:

Další sdělení ošetřujícího lékaře:

Jiné sdělení lékaře

Potvrzuji, že údaje v této lékařské zprávě se týkají pojištěného uvedeného na přední straně tiskopisu.

Forma proplacení honoráře za vyplnění tiskopisu:

- na základě vystavené faktury
 placeno klientem
 na základě smluvního vztahu s pojišťovnou

Pro správné umístění platby proveďte identifikaci čitelně.

Kód lékaře přidělený pojišťovnou (pokud je Vám znám):

IČ (pokud existuje):

V

Dne

.....
Razítko a podpis lékaře