oznámení závažného onemocnění

Prezentační razítko:

číslo pojistné smlouvy

Pojištění závažných onemocnění zahrnuje vyjmenovaná závažná onemocnění:

a) rakovina;
b) operace věnčitých (koronárních) tepen (bypass);
c) infarkt myokardu;
d) selhání ledvin;
e) mozková příhoda;
f) aorta (operace aorty);
g) slepota (ztráta zraku);
h) náhrada srdeční chlopně;
i) transplantace životně důležitých orgánů;
j) roztroušená skleróza (Sklerosis multiplex);
k) obrna (Ochrnutí);
l) AIDS - HIV následkem krevní transfuze;
m) AIDS - profesní onemocnění HIV (u zdravotnického personálu);
n) alzheimerova choroba ve věku mladším než 65 let;
o) bakteriální meningitida;
p) nezhoubný (benigní) mozkový nádor;
r) kóma;
s) hluchota;
t) konečné stadium plicního onemocnění;
u) ztráta řeči;
v) parkinsonova choroba ve věku mladším než 65 let.

A. Pojištěný

Vyplňte přední stranu tohoto tiskopisu ve všech bodech a předejte k vyplnění druhé strany ošetřujícímu lékaři - bez úplného vyplnění včetně podpisu nelze poskytnout pojistné plnění. Za vyplnění tohoto tiskopisu uhraďte lékaři jím požadovanou částku (podle vyhlášky Ministerstva zdravotnictví ČR č. 467/1992 Sb., o léčebné péči poskytované za úhradu, jde o zdravotní výkon, který nesleduje léčebný účel a je proveden na Vaši žádost a ve Vašem zájmu) a předložte o tom pojišťovně potvrzení. Nestačí-li pro požadované údaje místo v předtištěných rubrikách, uveďte je v příloze.

Příjmení, jméno, titul

Rodné číslo

Adresa (ulice, číslo, obec, PSČ)

Telefon

Číslo pojistné smlouvy (pojistky)

Uzavřené dne

Číslo klienta (bylo-li již přiděleno)

Sazba

Trpěl(a) jste před vznikem závažného onemocnění zdravotními potížemi? ☐ Ano ☐ Ne

Pokud ano, odkdy? Jakými:

Kdy došlo k prvním příznakům závažného onemocnění? Datum

Druh potíží:

Název (diagnóza) závažného onemocnění a kdy Vám byla poprvé sdělena? 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:

Pojistné plnění poukažte na adresu nebo účet (uveďte pouze jednu z možností):

Peněžní ústav

Číslo účtu

Kód banky

Specifický symbol

Prohlášení

Prohlašuji, 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 - AXA životní pojišťovny a. s., Lazarská 13/8, Praha 2, IČ 61859524 - plnit. Dále se zavazuji oznámit pojistiteli bez zbytečného odkladu každou změnu výše uvedených údajů. Zmocňuji tímto pojistitele, aby z důvodu zjištění mého zdravotního stavu, případně zjištění příčin mé smrti, 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, popř. tyto výpisy a opisy pořizoval sám. Zároveň v souladu s § 55 odst. 2 písm. d) zákona č. 20/1966 Sb., o péči o zdraví lidu, ve znění pozdějších předpisů, 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 § 67b odst. 12 citovaného zákona.

Podpisy

Datum

Místo

Podpis pojištěného (oprávněného)

Platnou variantu označte křížkem ☒

Totožnost osoby uplatňující nárok na pojistné plnění vyšší než 300 000 Kč musí být úředně ověřena!

Kontaktní adresa: AXA životní pojišťovna a.s., Úzká 8/488, 602 00 Brno, Česká republika
Sídlo společnosti: AXA životní pojišťovna a.s., Lazarská 13/8, 120 00 Praha 2, Česká republika
AXA linka 14 292, volání ze zahraničí +420 292 292 292, fax +420 225 021 200, www.axa.cz
IČ 61 85 95 24, společnost je zapsána v obchodním rejstříku vedeném Městským soudem v Praze, oddíl B, vložka 2831

1.L.10.08b 06/2009

LO

B. Zpráva lékaře

Které z vážných onemocnění uvedených na titulní straně tohoto tiskopisu bylo u pojištěného diagnostikováno a kdy, resp. jaký typ výkonu byl proveden, kdy?

Na základě jakých příznaků, vyšetření a nálezů (viz výše)?

Ve kterém zdravotnickém zařízení (uveďte, prosím, celý název a adresu, pokud možno i jméno příslušného odborného lékaře)?

Kdy byly zpozorovány nebo zjištěny první příznaky závažného onemocnění, které byly v příčinné souvislosti s tímto onemocněním?

Datum | | | | | | | | |

Ve kterém zdravotnickém zařízení (uveďte, prosím, celý název a adresu, pokud možno i jméno příslušného odborného lékaře)?

Byl pojištěný informován o uvedeném závažném onemocnění? ☐ Ano ☐ Ne

Pokud ano, kdy?

Současný stav pojištěného a způsob terapie:

Jiná sdělení ošetřujícího lékaře:

Název zdravotnického zařízení nebo jméno lékaře

Adresa - ulice (místo), č. p. | Obec - dodací pošta | PSČ

Název oddělení | Číslo oddělení | Telefon

Podpisy

Datum	Místo	Razítko a podpis lékaře