

Číslo pojistné smlouvy

## Oznámení pojistné události – Závažná onemocnění

### Pokyny pro vyplnění formuláře:

1. Vyplňte formulář ve všech bodech. **Nezapomeňte vyplnit číslo pojistné smlouvy.**
2. U políček s možností volby označte platnou odpověď křížkem.
3. V případě jakýchkoli nejasností při vyplňování formuláře nás můžete kontaktovat na bezplatné informační lince Klientského servisu 800 10 66 10 nebo se můžete obrátit na svého poradce.
4. Oznámení zašlete doporučeně na adresu: **Komerční pojišťovna, a. s., Palackého 53, 586 01 Jihlava**

ÚDAJE O POJIŠTĚNÉ OSOBĚ			
Název pojištění:			
Číslo pojistné smlouvy:			
Příjmení a jméno:		Rodné číslo:*	
Místo narození:	Státní občanství:	Pohlaví:	<input type="checkbox"/> Muž <input type="checkbox"/> Žena
Stát narození:		Forma pobytu:	<input type="checkbox"/> Trvalý <input type="checkbox"/> Jiný
Adresa trvalého bydliště včetně státu:			
Korespondenční adresa (liší-li se od adresy trvalého bydliště):			
Číslo průkazu totožnosti:		Druh průkazu totožnosti: <input type="checkbox"/> Pas <input type="checkbox"/> Jiný	
Orgán, který průkaz totožnosti vydal:		E-mail:	
Platnost průkazu od  _ _ / _ _ / _ _ _ _  do  _ _ / _ _ / _ _ _ _		Telefon:	
PRÁVO NA POJISTNÉ PLNĚNÍ UPLATŇUJI ZA:			
<input type="checkbox"/> Aplastická anémie	<input type="checkbox"/> Chronické selhání ledvin	<input type="checkbox"/> Plicní hypertenze	
<input type="checkbox"/> Bakteriální meningitida	<input type="checkbox"/> Infarkt myokardu	<input type="checkbox"/> Revmatická horečka	
<input type="checkbox"/> Cévní mozková příhoda	<input type="checkbox"/> Kóma	<input type="checkbox"/> Roztroušená skleróza	
<input type="checkbox"/> Cor pulmonale	<input type="checkbox"/> Koronární bypass	<input type="checkbox"/> Slepota a těžká slabozrakost	
<input type="checkbox"/> Creutzfeldt-Jakobova nemoc	<input type="checkbox"/> Kvadruplegie	<input type="checkbox"/> Systémová sklerodermie	
<input type="checkbox"/> Demence včetně Alzheimerovy choroby	<input type="checkbox"/> Meningitida	<input type="checkbox"/> Tetanus	
<input type="checkbox"/> Encefalitida	<input type="checkbox"/> Náhrada srdeční chlopně protézou	<input type="checkbox"/> Těžké popáleniny	
<input type="checkbox"/> Hemiplegie	<input type="checkbox"/> Ochrnutí jedné končetiny	<input type="checkbox"/> Transplantace životně důležitých orgánů	
<input type="checkbox"/> HIV získané při transfuzi krve	<input type="checkbox"/> Ochrnutí (paralýza)	<input type="checkbox"/> Zhoubné nádorové onemocnění (rakovina)	
<input type="checkbox"/> HIV získané při výkonu povolání	<input type="checkbox"/> Operace aorty	<input type="checkbox"/> Ztráta řeči	
<input type="checkbox"/> Hluchota	<input type="checkbox"/> Paraplegie		
	<input type="checkbox"/> Parkinsonova nemoc		
Trpěl/a jste před vznikem závažného onemocnění zdravotními potížemi? Pokud ano, od kdy a jakými: <input type="checkbox"/> Ano <input type="checkbox"/> Ne			

Číslo pojistné smlouvy



Trpěl/a jste podobnými potížemi jako nyní již v minulosti? Pokud ano, kdy a jak jste byl/a léčen/a:  Ano  Ne

Kdy došlo k prvním příznakům závažného onemocnění?

Druh potíží:

Kdy Vám byla poprvé sdělena diagnóza závažného onemocnění:

Uveďte název a adresy zdravotnických zařízení, případně specialisty, u kterého jste se pro danou diagnózu léčil/a / léčíte:

Zaškrtněte, které dokumenty přikládáte:

lékařská zpráva  propouštěcí zpráva  operační protokol  histologický nález  jiné

#### ÚDAJE PRO VÝPLATU POJISTNÉHO PLNĚNÍ\*\*

**Žádám o výplatu pojistného plnění z výše uvedené pojistné smlouvy. Pojistné plnění poukažte:**

- převodem na existující smlouvu (uveďte číslo smlouvy):
- na běžný účet (pojistné plnění nelze převádět na termínovaný nebo spořicí účet), účet musí být veden na území České republiky:  
Číslo účtu / kód banky:
- Jedná se o účet, jehož jste oprávněným vlastníkem? Pokud ne, uveďte prosím vlastníka účtu a vztah  Ano  Ne  
pojištěného / zákonného zástupce k němu:

- na adresu (uveďte jméno, příjmení, ulice, číslo orientační a popisné, PSČ, obec), adresa musí být na území ČR:

Jedná-li se o jinou než trvalou či korespondenční adresu, uveďte prosím důvod zaslání právě na tuto adresu:

Číslo pojistné smlouvy



## PROHLÁŠENÍ A ZMOCNĚNÍ

Prohlašuji, že jsem byl seznámen/a s definicí politicky exponované osoby ve smyslu zákona č. 253/2008 Sb., a že  
 jsem \*\*\*  nejsem politicky exponovanou osobou nebo jejich osobou blízkou.

Žádám o plnění z pojistné události a prohlašuji, že všechny údaje v tomto Oznámení jsem uvedl/a úplně a pravdivě. Jsem si vědom/a, že neúplné a nesprávné odpovědi mají vliv na plnění pojišťovny.

Datum

Podpis pojištěného / zákonného zástupce

**Totožnost žadatele byla ověřena dle občanského průkazu resp. cestovního pasu.**

Jméno a příjmení zástupce pojišťovny

Podpis zástupce pojišťovny

Název společnosti

Kód prodejce

Číslo registrace ČNB

Telefon

\* vyplní se datum narození, nebylo-li rodné číslo v ČR přiděleno

\*\* **pojistné plnění lze vyplatit vždy pouze na jednu adresu nebo na jeden bankovní účet** (není možné plnění zasílat na více adres či účtů)

\*\*\* pokud je vaše odpověď kladná, zašlete nám také vyplněný dokument **Čestné prohlášení politicky exponovaná osoba**

**PŘÍLOHA: Informace pro klienta – požadavky na doplnění zdravotní dokumentace**

K žádosti o výplatu pojistného plnění přiložte, prosím, vždy následující dokumenty:

Lékařskou zprávu z odborného pracoviště potvrzující diagnózu, datum jejího stanovení a popis onemocnění, popřípadě výkonu, který byl proveden (např. propouštěcí zpráva z hospitalizace, ambulantní zpráva).

V případě operace operační protokol / propouštěcí zprávu z hospitalizace spolu s popisem operace.

**Další požadavky na doložení dokumentů pro jednotlivá onemocnění:****Aplastická anémie**

- lékařské zprávy z hematologicko-onkologického pracoviště

**Cévní mozková příhoda**

- propouštěcí zpráva z hospitalizace na neurologickém oddělení
- lékařská zpráva ambulantního neurologa s konkrétním popisem reziduálního (zbytkového) neurologického deficitu

**Cor pulmonale**

- lékařská zpráva z odborného pracoviště plicního/interního, ze které bude vyplývat stav pravostranných srdečních oddílů

**Creutzfeld-Jakobova nemoc**

- lékařské zprávy z psychiatrického případně neurologického pracoviště

**Demence**

- lékařská zpráva z psychiatrické kliniky s uvedením DSM-IV klasifikace

**Encefalitida**

- propouštěcí zpráva z hospitalizace na neurologickém nebo infekčním oddělení
- lékařská zpráva ambulantního neurologa s konkrétním popisem reziduálního neurologického deficitu

**Hemiplegie**

- lékařská zpráva z příslušného odborného lékařského pracoviště, popisující ochrnutí končetin a celkový stav organismu

**HIV – transfuze krve**

- lékařská zpráva z AIDS centra ČR
- písemné uznání odpovědnosti instituce, nebo soudní rozhodnutí s doložkou právní moci potvrzující odpovědnost instituce, kde byla transfuze provedena

**HIV – z výkonu povolání**

- lékařská zpráva z AIDS centra ČR
- výsledky vyšetření HIV viru protilátek z doby nákazy
- doklad o vykonávané profesi v době nákazy

**Hluchota**

- lékařská zpráva z ORL pracoviště, odborné vyšetření určeným lékařem pojistitele

**Chronické selhání ledvin**

- lékařská zpráva z dialyzačního centra v ČR nebo transplantačního centra v: ČR nebo členských státech EU nebo EHP nebo Švýcarsku s dokumentovanou evidencí nevratného selhání funkce ledvin

**Infarkt myokardu**

- propouštěcí zpráva z hospitalizace na kardiologickém oddělení
- lékařská zpráva ambulantního kardiologa za 3 měsíce od hospitalizace včetně echokardiografického zhodnocení ejekční frakce levé komory

**Kóma**

- lékařská zpráva z hospitalizace kliniky anesteziologicko-resuscitační či obdobného pracoviště, nebo z kliniky neurologické či interní s kvantifikací dle Glasgowské stupnice kómatu

**Koronární bypass**

- lékařská zpráva z kardiocentra v: ČR, členských státech EU, EHP nebo Švýcarsku

**Kvadruplegie**

- lékařská zpráva z příslušného odborného lékařského pracoviště, popisující ochrnutí končetin a celkový stav organismu

**Meningitida/ bakteriální meningitida**

- lékařská zpráva z klinického neurologického pracoviště včetně uvedení nálezů paraklinických vyšetřovacích metod (vyšetření moku, CT, MRI nebo EEG)

**Náhrada srdeční chlopně protézou**

- lékařská zpráva z kardiocentra v: ČR, členských státech EU, EHP nebo Švýcarsku

**Ochrnutí jedné končetiny/ ochrnutí (paralýza)**

- lékařská zpráva z příslušného odborného lékařského pracoviště, popisující ochrnutí končetin a celkový stav

**Operace aorty**

- lékařská zpráva z kardiocentra v: ČR, členských státech EU, EHP nebo Švýcarsku

**Paraplegie**

- lékařská zpráva z příslušného odborného lékařského pracoviště, popisující ochrnutí končetin a celkový stav

**Parkinsonova nemoc**

- lékařská zpráva z neurologické kliniky s kvantifikací stupně závažnosti dle Hoehn a Yahr stupnice

**Plicní hypertenze**

- zpráva odborného lékaře pneumologa nebo kardiologa potvrzující diagnózu plicní hypertenze

**Revmatická horečka**

- lékařská zpráva ze specializovaného pracoviště (interna, kardiologie, revmatologie)

**Roztroušená skleróza**

- lékařská zpráva z neurologické kliniky s uvedením přítomnosti MacDonaldových kritérií

**Slepot a těžká slabozrakost**

- lékařská zpráva z oftalmologické kliniky s uvedením maximální ostrosti vidění a zorného pole

**Systémová sklerodermie**

- lékařská zpráva z příslušného odborného pracoviště, zabývajícího se diagnostikou a léčbou tohoto systémového onemocnění

**Tetanus**

- lékařská zpráva z infekčního oddělení

**Těžké popáleniny**

- propouštěcí zpráva z hospitalizace na klinice popálenin a rekonstrukční chirurgie s uvedením procentuální kalkulace popálenin 3. stupně

**Transplantace životně důležitých orgánů**

- lékařská zpráva z transplantačního centra v: ČR, členských státech EU, EHP nebo Švýcarsku potvrzující nevratné selhání funkce orgánu

**Zhoubné nádorové onemocnění (rakovina)**

- lékařská zpráva onkologa obsahující klasifikaci TNM
- histologický nález patologa

**Ztráta řeči**

- propouštěcí zpráva z hospitalizace na klinice otorinolaryngologie se závěry foniatrického vyšetření