

Číslo pojistné smlouvy



## Oznámení pojistné události – Závažná onemocnění dítěte

### 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 OSOBE			
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):			
Vyplňte, pokud je pojištěnému 18 let či více			
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:	
ÚDAJE O ZÁKONNÉM ZÁSTUPCI (vyplňte, pokud pojištěnému ještě není 18 let)			
Příjmení a jméno:		Rodné číslo:*	
Místo narození:	Státní občanství	Pohlaví:	<input type="checkbox"/> Muž <input type="checkbox"/> Žena
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"/> Kóma                             | <input type="checkbox"/> Revmatická horečka                      |
| <input type="checkbox"/> Cukrovka                        | <input type="checkbox"/> Kvadruplegie                     | <input type="checkbox"/> Selhání ledvin                          |
| <input type="checkbox"/> Dětská obrna                    | <input type="checkbox"/> Meningitida                      | <input type="checkbox"/> Slepota                                 |
| <input type="checkbox"/> Encefalitida                    | <input type="checkbox"/> Náhrada srdeční chlopně protézou | <input type="checkbox"/> Syndrom krátkého střeva                 |
| <input type="checkbox"/> Epilepsie typu Grand Mal        | <input type="checkbox"/> Nemoc motýlích křídel            | <input type="checkbox"/> Systémový lupus erythematosus           |
| <input type="checkbox"/> Hemiplegie                      | <input type="checkbox"/> Nezhoubný mozkový nádor          | <input type="checkbox"/> Tetanus                                 |
| <input type="checkbox"/> Hluchota                        | <input type="checkbox"/> HIV získané při transfuzi krve   | <input type="checkbox"/> Transplantace životně důležitých orgánů |
| <input type="checkbox"/> Chronická virová hepatitida     | <input type="checkbox"/> Operace aorty                    | <input type="checkbox"/> Zhoubné nádorové onemocnění             |
| <input type="checkbox"/> Juvenilní idiopatická artritida | <input type="checkbox"/> Paraplegie                       |  |

Trpěl/a jste před vznikem závažného onemocnění zdravotními potížemi? Pokud ano, od kdy a jakými:  Ano  Ne

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

Číslo pojistné smlouvy

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

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

- převodem na existující smlouvu (uvedte 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 (uvedte 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:

**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

a pojištěné dítě  je \*\*\*  není  
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 za vaši osobu a/nebo za pojištěné dítě

**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

**Cukrovka I. typu**

- lékařská zpráva z diabetologie, která potvrzuje min. 6 měsíců trvající léčbu inzulínem

**Dětská obrna**

- lékařská zpráva od odborného lékaře, potvrzujícího min. 3 měsíce trvání nemoci

**Encefalitida**

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

**Epilepsie typu Grand Mal**

- lékařská zpráva z neurologie, potvrzující min. 12 měsíců trvající léčbu

**Hemiplegie**

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

**Hluchota**

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

**Chronická virová hepatitida**

- lékařská zpráva z interní ambulance (gastroenterologie), potvrzující stav min. po 6 měsících po ukončení léčby hepatitidy

**Juvenilní idiopatická artritida**

- lékařská zpráva z revmatologie

**Kóma**

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

**Kvadruplegie**

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

**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

**Nemoc motýlích křídel**

- lékařská zpráva z příslušného odborného pracoviště

**Nezhoubný mozkový nádor**

- lékařská zpráva z neurologie nebo neurochurgie

**HIV získané při transfuzi 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

**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

**Revmatická horečka**

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

**Selhání ledvin**

- lékařská zpráva z interního oddělení – nefrologie, potvrzující minimálně 3 měsíce trvající dialýzu

**Slepota**

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

**Syndrom krátkého střeva**

- lékařská zpráva z interny – gastroenterologie, potvrzující minimálně 12 měsíců trvající podávání umělé výživy

**Systémový lupus erythematosus**

- lékařská zpráva z odborného lékařského pracoviště

**Tetanus**

- lékařská zpráva z infekčního oddělení

**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