

# Hlásenie poistnej udalosti kritická choroba

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 ošetrovujúcemu lekárovi za vyplnenie druhej strany tlačiva sumu 6,64 EUR. Prijatie sumy Vám lekár potvrdí vystavením potvrdenky, ktorú priložite k oznámeniu.
5. Ak nestačí miesto na požadované údaje, uveďte ich zvlášť v prílohe.
6. Doklady, ktoré je potrebné predložiť poisťovateľovi k jednotlivým dg. kritických chorôb sú uvedené vo VPP pre kritické choroby.

**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:

Vyhlasujem, že všetky moje odpovede na písomné otázky poisťovateľa týkajúce sa hlásenej poistnej udalosti sú úplné a pravdivé, že som na uplatnenie nároku v Allianz - Slovenskej poisťovni, a. s. vyplnil len jedno Hlásenie poistnej udalosti, ktoré predkladám a že som si vedomý dôsledkov nesprávnych odpovedí na povinnosť poisťovne plniť. Vyhlasujem, že súhlasím s tým, aby si poisťovateľ zisťoval a prešetroval môj zdravotný stav u všetkých lekárov, v zdravotníckych zariadeniach a zariadeniach poskytujúcich zdravotnú starostlivosť, v ktorých som sa liečil(a), liečim alebo budem liečiť. Splnomocňujem lekára, zdravotnícke zariadenia a zaradenia poskytujúce zdravotnú starostlivosť k vyhotoveniu lekárskej správy, výpisov zo zdravotníckej dokumentácie či jej zapožičaniu za účelom prípadných zmien poistnej zmluvy a pre vybavovanie poistných udalostí i na dobu po mojej smrti. Zároveň zbavujem povinnosti zachovávať mlčanlivosť voči poisťovateľovi všetkých lekárov, ktorí ma liečili alebo s ktorými som konzultoval(a) svoj zdravotný stav.

„Poistník aj poistený, resp. v prípade úmrtia poisteného v dôsledku úrazu oprávnená, -é osoba, -y berieme na vedomie, že osobné údaje nachádzajúce sa na tomto tlačive sme poisťovateľovi povinní poskytnúť v zmysle platného zákona o poisťovníctve, a že budú spracované v informačnom systéme poisťovateľa. Zároveň berieme na vedomie, že poisťovateľ je oprávnený v súlade so zákonom č. 428/2002 Z. z. o ochrane osobných údajov v znení neskorších predpisov získať uvedené osobné údaje kopírovaním, skenovaním, alebo iným zaznamenávaním na nosič informácií. Zároveň dávame poisťovateľovi súhlas:

- s poskytnutím osobných údajov tretím osobám v súvislosti so správou poistenia, likvidáciou poistných udalostí, vymáhaním pohľadávok, zaisťovníam na účely zaistenia a peňažným ústavom za účelom vinkulácie,

- s cezhraničným prenosom osobných údajov, vykonávaným na účely správy poistenia a na účely likvidácie poistných udalostí do krajín, ktoré zaručujú primeranú úroveň ochrany osobných údajov ako aj do krajín, ktoré nezaručujú primeranú úroveň ochrany osobných údajov.

Súhlas sa udeľuje na dobu do vysporiadania všetkých záväzkov vyplývajúcich z poistnej zmluvy. Poistník aj poistený, resp. v prípade úmrtia poisteného v dôsledku úrazu oprávnená, -é osoba, -y sú oprávnení tento súhlas odvolať s tým, že jeho účinky nastanú okamihom vysporiadania všetkých záväzkov vyplývajúcich z poistnej zmluvy, pričom povinnosti vyplývajúce z osobitných predpisov tým nie sú dotknuté (napríklad zákon o archívnictve). V prípade, že má poisťovateľ podľa zákona o ochrane osobných údajov oznamovaciu povinnosť voči klientovi, táto oznamovacia povinnosť môže byť splnená aj tak, že sa daný oznam uverejní aj na príslušnej internetovej stránke poisťovateľa.“

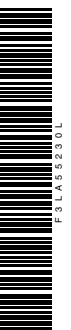
Uplatňujem si nárok na plnenie a k svojej žiadosti prikladám ..... kusov dokladov:

**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 prevzatie potvrdíte prosím žiadateľovi potvrdenkou.

## Úvodné informácie pre lekára:

Prípoistením sú kryté nižšie špecifikované kritické choroby a výkony (ďalej len kritické choroby).

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:

- a) **Srdcový infarkt** – popis EKG, hodnoty špecifických enzýmov;
- b) **Cievna mozgová príhoda (mŕtvica)** – aktuálny neurologický nález;
- c) **Rakovina** (maligne ochorenie) – histologický nález vrátane čísla vyšetrenia, v prípade chirurgického riešenia, operačná diagnóza a druh výkonu (kópia operačnej vložky), klasifikácia TNM;
- d) **Chronické zlyhanie obličiek** – výsledky vyšetrení, ktoré indikovali zaradenie do dialyzačného a/alebo transplantáčného programu, zahájenie a frekvencia dialýzy, prip. dátum transplantácie obličiek;
- e) **Slepota** – úplný oftalmologický nález s hodnotením vĺzusu;
- f) **Úplné ochrnutie a trvalé ochrnutie dvoch a viac končatín** – subjektívne ťažkosti, presný popis úplného ochrnutia jednotlivých končatín (dátum od-do);
- g) **Skleróza multiplex** – výsledky vyšetrení CT alebo MR, počet aták (dátum od-do);
- h) **Nevyhnutná transplantácia životne dôležitých orgánov** (srdca, pľúc, pečene, obličiek, pankreasu (podžalúdkovej žľazy) a kostnej drene) – výsledky vyšetrení, ktoré indikovali zaradenie do transplantáčného programu, operačná diagnóza a vlastný výkon (kópia operačnej vložky), lekárska správa s dátumom prvej návštevy lekára z dôvodu prejavujúcich sa príznakov ochorenia;
- i) **Operácia vencovitých tepien z dôvodu ischemickej choroby srdca** – popis predoperačnej koronarografie, operačná diagnóza a vlastný výkon (kópia operačnej vložky), lekárska správa s dátumom prvej návštevy lekára z dôvodu prejavujúcich sa príznakov ochorenia;
- j) **Operácia aorty** – predoperačný popis disekujúcej aneurizmy aorty, kópia operačnej vložky, lekárska správa s dátumom prvej návštevy lekára z dôvodu prejavujúcich sa príznakov ochorenia;
- k) **Operácia srdcových chlopní** – predoperačný popis srdcovej vady, kópia operačnej vložky, lekárska správa s dátumom prvej návštevy lekára z dôvodu prejavujúcich sa príznakov ochorenia;
- l) **Parkinsonova choroba** – aktuálny neurologický nález, výsledky vyšetrení CT alebo MR, lekárska správa s dátumom prvej návštevy lekára z dôvodu prejavujúcich sa príznakov ochorenia;
- m) **Alzheimerova choroba** – aktuálny neurologický nález, výsledky vyšetrení CT alebo MR, lekárska správa s dátumom prvej návštevy lekára z dôvodu prejavujúcich sa príznakov ochorenia;
- n) **HIV infekcia – získaná počas výkonu povolania** – záznam o pracovnom úraze, výsledky opakovaných testov na HIV protilátky;
- o) **Konečné štádium pľúcneho ochorenia** – výsledky vyšetrení z pneumologického pracoviska, výsledky vyšetrení, ktoré indikovali nutnosť trvalej podpory kyslíkom;
- p) **Kóma** – výsledky vyšetrení z nemocnice alebo odborného pracoviska s potvrdením trvania stavu bezvedomia, aktuálny neurologický nález;
- q) **Strata končatín** – predoperačný popis dôvodu amputácie, kópia operačnej vložky;
- r) **Bakteriálna meningitída** – výsledky vyšetrení krvných testov, likvoru, výsledky vyšetrení CT alebo MR, aktuálny neurologický nález;
- s) **Kliešťová a bakteriálna encefalitída** – výsledky vyšetrení krvných testov, výsledky vyšetrení CT alebo MR, aktuálny neurologický nález;
- t) **Kardiomyopatia** – výsledky vyšetrení CT alebo MR, výsledky vyšetrení echokardiografického pracoviska, popis EKG a RTG vyšetrenia hrudníka, aktuálny kardiologický nález;
- u) **Apalický syndróm** – výsledky vyšetrení CT alebo MR mozgu, aktuálny neurologický nález;
- v) **Primárna pľúcna hypertenzia** – výsledky pneumologických a kardiologických vyšetrení, aktuálny pneumologický a kardiologický nález;
- w) **Anémia následkom postihnutia kostnej drene (Aplastická anémia)** – výsledky vyšetrení biopsie kostnej drene a krvného obrazu, výsledky vyšetrení, ktoré indikovali imunosupresívnu liečbu, transfúziu liečbu alebo liečbu dreň stimulujúcimi prostriedkami;
- x) **Hluchota oboch uší (strata sluchu)** – výsledky vyšetrení, ktoré obsahujú zdokumentovanie priebehu straty sluchu, výsledky vyšetrení tónovej a svalovej audiometrie, objektívnej audiometrie (BERA), tympanometrie a vyšetrenia reflexov stredoušných svalov, aktuálna správa od odborného lekára;
- y) **Strata reči** – výsledky vyšetrení ORL, psychologického príp. psychiatrického, aktuálna správa od odborného lekára.

1) Ktorá z vyššie uvedených diagnóz criticalkej choroby bola poistenému zistená (diagnostikovaná), resp. aký typ výkonu bol vykonaný?

2) Kedy bola diagnóza stanovená (príp. verifikovaná), resp. kedy bol vykonaný výkon?

Na základe akých príznakov, vyšetrení a nálezov (viď vyššie)?

V ktorom zdravotníckom zariadení?

Uveďte prosím celý názov a adresu, pokiaľ možno aj meno príslušného odborného lekára alebo lekárov:

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?

V ktorom zdravotníckom zariadení?

Uveďte prosím celý názov a adresu, pokiaľ možno aj meno príslušného odborného lekára alebo lekárov:

4) Iné oznámenia ošetrojúceho lekára:

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

V ..... dňa.....

.....  
pečiatka a podpis ošetrojúceho lekára  
adresa zdravotníckeho zariadenia a telefón