

Oznámenie o škode z poistenia kritických chorôb - SNEŽIENKA

Pre urýchlenie likvidácie je potrebné, aby ste odpovedali na všetky otázky čo najpresnejšie, najvýstižnejšie a pravdivo. Správne odpovede označte krížikom v príslušnom štvorčeku a uveďte odpovede na doplňkové otázky. Priložte všetky dostupné doklady a lekárske správy.

Meno a priezvisko		Poistná zmluva č.	
Ulica a číslo		Tel. číslo	
PSČ / Mesto		E-mail	
Rodné číslo			
Číslo účtu			

Dátum diagnostikovania ochorenia	
Zamestnanie v čase ochorenia a popis pracovnej činnosti	
Charakteristika ochorenia	

Bola Vám diagnostikovaná rakovina / abnormálne bunky už v minulosti?	<input type="checkbox"/> nie	<input type="checkbox"/> áno	Dátum: _____	Prvé príznaky sa prejavili: _____
			Na akej časti tela (orgán): _____	u párových orgánov L/P: _____

Bol Vám priznaný invalidný dôchodok?	<input type="checkbox"/> nie	<input type="checkbox"/> áno	Dátum: _____	Z akého dôvodu: _____
			Priložte čitateľnú fotokópiu rozhodnutia o priznaní invalidného dôchodku zo Sociálnej poisťovne (vrátane percentuálneho určenia poklesu schopnosti vykonávať zárobkovú činnosť)	

Údaje o oprávnenej osobe (len v prípade smrti poisteného)

Meno a Priezvisko		Rodné číslo	
Vzťah k poistenému	<input type="checkbox"/> manžel/ka	<input type="checkbox"/> súrodenec	<input type="checkbox"/> rodič <input type="checkbox"/> iný: _____
Kontaktná adresa			
e-mail:		tel.:	

Vyhlasujem, že všetky moje odpovede na písomné otázky poisťiteľa, ako aj všetky údaje, ktoré som uviedol v tomto oznámení sú pravdivé a úplné a že som si vedomý možných dôsledkov v prípade zamlčania závažných okolností alebo uvedenia nesprávnych informácií.

Súhlasím s tým, aby poisťiteľ zisťoval a prešetroval môj zdravotný stav u všetkých lekárov, v zdravotníckych zariadeniach a v zariadeniach poskytujúcich zdravotnú starostlivosť, v ktorých som sa liečil alebo sa budem liečiť.

Zbavujem povinnosti zachovávať mlčanlivosť voči poisťiteľovi a splnomocňujem lekára, zdravotnícke zariadenie a zariadenia poskytujúce zdravotnú starostlivosť k vyhotoveniu lekárskeho správy, výpisov zo zdravotnej dokumentácie, ako aj k jej zapožičaniu za účelom šetrenia poisťných udalostí i na dobu po mojej smrti.

Prehlásenie poisteného: Pre účely zistenia konfliktu záujmov prehlasujem, že som:

- a) v zamestnaneckom, či inom obdobnom pracovnoprávnom vzťahu k spoločnosti Colonnade áno nie
- b) príbuzným (rodič, dieťa, prarodič, vnuk, vnučka, súrodenec, manžel/ka) zamestnanca spoločnosti Colonnade áno nie
- c) finančným sprostredkovateľom v zmysle osobitného zákona pre spoločnosť Colonnade áno nie

V dňa

.....
Meno a priezvisko poisteného alebo oprávneného zástupcu

.....
Podpis

LEKÁRSKA SPRÁVA

Meno pacienta:

Dátum narodenia:

Diagnóza a podrobný popis telesného poškodenia spôsobeného ochorením	
Spôsob liečby	

Podstúpila poistená chirurgický zákrok v súvislosti s poistným hlásením?	<input type="checkbox"/> nie	<input type="checkbox"/> áno	Dátum:	Meno lekára:
			Chirurgický zákrok:	
			Zdravotnícke zariadenie:	
Hospitalizácia v súvislosti s chorobou	<input type="checkbox"/> nie	<input type="checkbox"/> áno	Dátum od:	Dátum do:
			Zdravotnícke zariadenie:	
Doliečenie v súvislosti s chorobou (PN)	<input type="checkbox"/> nie	<input type="checkbox"/> áno	Dátum od:	Dátum do:
Absolvovala poistená v priebehu jedného roka pred uzatvorením poistnej zmluvy preventívnu prehliadku ženských orgánov?	<input type="checkbox"/> nie	<input type="checkbox"/> áno	Dátum:	Meno lekára:
			Chirurgický zákrok:	
			Zdravotnícke zariadenie:	
Bola poistenej diagnostikovaná rakovina / abnormálne bunky už v minulosti?	<input type="checkbox"/> nie	<input type="checkbox"/> áno	Dátum:	Prvé príznaky sa prejavili dátum:
			Na akej časti tela:	
Boli vykonané vyšetrenia na zistenie rakoviny?	<input type="checkbox"/> nie	<input type="checkbox"/> áno	Dátum:	Akou metódou:
Bolo diagnostikované	hyperkeratóza <input type="checkbox"/>	bazocelulárne novotvary <input type="checkbox"/>	dlaždicobunkové novotvary <input type="checkbox"/>	melanómy <input type="checkbox"/>
	Dátum:	Dátum:	Dátum:	Dátum:
Bol diagnostikovaný	pre-malígny <input type="checkbox"/>	lokálny <input type="checkbox"/>	neinvazívny <input type="checkbox"/>	karcinóm in situ <input type="checkbox"/>
Nastala choroba v súvislosti s vírusom HIV alebo ochorením AIDS?	<input type="checkbox"/> nie	<input type="checkbox"/> Áno	Špecifikácia súvisu:	
			Dátum diagnostikovania HIV alebo AIDS:	
Predpokladáte, že choroba zanechá trvalé následky?	<input type="checkbox"/> nie	<input type="checkbox"/> áno	V akom pravdepodobnom rozsahu:	

Iné oznamy lekára:

V prípade požiadavky revízneho lekára poisťovne, vyslovuje odborný lekár súhlas k účinnej spolupráci. V nutných prípadoch prosíme o spoluprácu pri zapožičaní RTG snímok pre potreby posúdenia zdravotného stavu a okolností ochorenia odborným lekárom poisťovne.

Potvrdzujem, že údaje v LEKÁRSKEJ SPRÁVE súvisia s osobou uvedenou na opačnej strane formulára Oznámenia o škode z poistenia kritických chorôb - Snežienka a som si vedomý(á) dôsledku nepravdivých odpovedí.

Názov a adresa zdravotníckeho zariadenia:

Kontakt (tel., e-mail):

V dňa pečiatka a podpis lekára