

**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 štvorcíku a uveďte odpovede na doplnkové otázky. **Priložte všetky dostupné doklady a lekárske správy.**

<b>Meno poisteného</b>		<b>Číslo Poistnej zmluvy</b>	
Bydlisko		Tel. číslo	
PSČ / Mesto (Obec)		e-mail	
Rodné číslo poisteného		Číslo účtu pre poistné plnenie	

<b>Dátum diagnostikovania ochorenia</b>	
Zamestnanie v čase ochorenia a popis pracovnej činnosti	
<b>Charakteristika ochorenia</b>	

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.

Svojim podpisom na tomto oznámení dávam poisťiteľovi súhlas na spracúvanie osobných údajov o mojom zdravotnom stave, ktoré sú uvedené v tomto oznámení, vo vyhotoveniach lekárskej správy, výpisoch zo zdravotnej dokumentácie a ktorých spracúvanie je nevyhnutné na účely plnenia zmluvných a zákonných práv a povinností poisťiteľa, a to v súvislosti so šetrením príčin vzniku poistnej udalosti a rozsahu povinnosti poisťiteľa plniť. Uvedený súhlas je platný na dobu šetrenia poistnej udalosti a na dobu potrebnú na zabezpečenie plnenia práv a povinností poisťiteľa v súvislosti s poskytnutím poistného plnenia v zmysle platnej legislatívy.

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 lekárskej správy, výpisov zo zdravotnej dokumentácie, ako aj k jej zapožičaniu za účelom šetrenia poistných udalostí i na dobu po mojej smrti.

<b>Pre účely zistenia konfliktu záujmov prehlasujem, že som:</b>			
a)	v zamestnaneckom, či inom obdobnom pracovnoprávnom vzťahu k spoločnosti Colonnade	<input type="checkbox"/> áno	<input type="checkbox"/> nie
b)	príbuzným (rodič, dieťa, prarodič, vnuk, vnučka, súrodenec, manžel/ka) zamestnanca spoločnosti Colonnade	<input type="checkbox"/> áno	<input type="checkbox"/> nie
c)	finančným sprostredkovateľom v zmysle osobitného zákona pre spoločnosť Colonnade	<input type="checkbox"/> áno	<input type="checkbox"/> nie

V ..... dňa .....  
Meno, podpis **poisteného** (oprávnenej osoby)

## 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: Chirurgický zákrok: Zdravotnícke zariadenie:	Meno lekára:	
Hospitalizácia v súvislosti s chorobou	<input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> áno	Dátum od: Zdravotnícke zariadenie:	Dátum do:	
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: Chirurgický zákrok: Zdravotnícke zariadenie:	Meno lekára:	
Bola poistenej diagnostikovaná rakovina / abnormálne bunky už v minulosti?	<input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> áno	Dátum: Na akej časti tela:	Prvé príznaky sa prejavili dátum:	
Boli Vám vykonané vyšetrenia na zistenie rakoviny?	<input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> áno	Dátum: Akou metódou:		
Bolo Vám diagnostikované	hyperkeratóza <input type="checkbox"/>	bazocelulárne novotvary <input type="checkbox"/>	dlaždicobunkové novotvary <input type="checkbox"/>	melanómy <input type="checkbox"/>
Bol Vám 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 Oznamenia 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