

## Oznámenie kritickej choroby

Tlačivo Oznámenie kritickej choroby (strana 2 a 3 tohto dokumentu) je dvojstranové tlačivo – je vhodné ho vytlačiť na jeden list obojstranne.

### Prvá strana:

- nárok na poistné plnenie si uplatňuje poistený, ak bolo dojednané pripoistenie kritických chorôb a diagnóza stanovená poistenému v plnom rozsahu zodpovedá niektorej z chorôb definovaných v osobitných poistných podmienkach pre poistenie kritických chorôb;
- vyplní poistený alebo jeho zákonný zástupca;
- uvedte číslo poistenia, z ktorého si uplatňujete nárok na poistné plnenie;
- vyplňte dôsledne všetky rubriky – kolónky;
- k urýchleniu priebehu likvidácie poistnej udalosti prispeje taktiež predloženie ďalších doplňujúcich lekárskejších správ týkajúcich sa choroby, operácie alebo zaradenia na čakaciu listinu;
- uvedte čitateľne číslo účtu v tvare IBAN, kde Vám môžeme zaslať poistné plnenie;
- vyplnené tlačivo + dokumentáciu o liečbe zašlite na adresu:

Basler Sachversicherungs-AG, pobočka poisťovne z iného členského štátu,  
Nám. SNP 15, 811 03 Bratislava

### Druhá strana:

- vyplní ošetrojúci lekár poisteného
- ak ošetrojúcemu lekárovi zaplatíte poplatok za vypísanie tohto tlačiva, príjmový pokladničný doklad (originál) zašlite spolu s oznámením poistnej udalosti. Poplatok do výšky 2 % z poistnej sumy pre trvalú invaliditu Vám uhradíme

## Oznámenie kritickej choroby

Číslo poisťnej zmluvy: .....

Informácia pre poisteného:

1. Prosíme o presné a dôsledné zodpovedanie všetkých otázok. Bez úplného vyplnenia, vrátane podpisu poisteného alebo jeho zákonného zástupcu nie je možné plnenie za poisťnú udalosť poskytnúť.
2. Vyplňte, prosím, iba prvú stranu oznámenia.
3. K urýchleniu priebehu likvidácie poisťnej udalosti prispeje taktiež predloženie ďalších doplňujúcich lekárskeho správ týkajúcich sa choroby, operácie alebo zaradenia na čakaciu listinu.
4. Rubovú stranu tlačiva predložte na vyplnenie ošetrovúcemu lekárovi – špecialistovi, t.j. lekárovi, u ktorého bol, alebo je poistený pre nižšie uvedené diagnózu sledovaný.
5. Pri nedostatku miesta na zodpovedanie otázok Vás prosíme o použitie dodatočného hárku papiera.
6. Vyplnené tlačivo pošlite na adresu: Basler Sachversicherungs-AG, pobočka poisťovne z iného členského štátu, Nám. SNP 15, 811 03 Bratislava najneskôr do 15 mesiacov od prvého lekárskeho zistenia ochorenia/vykonania operácie/zaradenia na čakaciu listinu.

### Údaje o poistenom

Meno a priezvisko poisteného: .....

Rodné číslo: ..... Dátum narodenia: ..... ☎ kontakt: .....

Korešpondenčná adresa: ..... PSČ: .....

Meno a priezvisko a adresa zákonného zástupcu (vyplňte len v prípade, ak je poistený neplnoletý): .....

**Údaje splnomocnenej osoby** – vyplňte len vtedy, ak tlačivo predkladá osoba, ktorú poistený písomne splnomocnil na to, aby v jeho mene oznámila poisťovateľovi vznik poisťnej udalosti. Plná moc musí byť predložená poisťovateľovi.

Meno a priezvisko splnomocnenej osoby: .....

Rodné číslo: ..... Dátum narodenia: ..... ☎ kontakt: .....

Korešpondenčná adresa: ..... PSČ: .....

### Zdravotné údaje poisteného

Kedy sa prejavili prvé príznaky choroby? Dátum (aspoň približne):

Druh ťažkostí:

Kedy Vám bola prvýkrát oznámená diagnóza choroby/vykonaná operácia/došlo ku zaradeniu na čakaciu listinu?

Dátum:

Názov choroby/druh operácie/čakacia listina (názov, miesto, dátum):

Uveďte názov a adresu zdravotníckeho zariadenia a meno lekára (lekárov), ktorý stanovil diagnózu choroby/vykonal operáciu/zaradenie na čakaciu listinu:

Kedy, kde a ako ste sa bezprostredne po zistení choroby a prípadne ďalej liečili? Uveďte presnú dobu odkedy – dokedy, 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 choroby/operácie/zaradenia na čakaciu listinu? Uveďte názov a adresu zdravotníckeho zariadenia a meno lekára (lekárov):

### Pokyny poisteného k výplate poisťného plnenia

Plnenie poukážte na účet v tvare IBAN:

Vyhlasujem, že som odpovedal pravdivo a úplne a uvedené údaje zodpovedajú skutočnosti. Som si vedomý/á toho, že nepravdivé alebo neúplné údaje v tomto oznámení môžu viesť k strate poisťnej ochrany a k veľkým postihnutiam dokonca aj vtedy, keď poisťiteľovi pre tieto informácie nevznikne žiadna škoda. Za správnosť údajov som zodpovedný/á aj vtedy, keď toto oznámenie vyplnila tretia osoba (napr. manžel, sprostredkovateľ).

Som si vedomý/á toho, že poisťiteľ k posúdeniu nárokov preverí pravdivosť mojich údajov, ktoré som zaslal písomnou formou (napr. Oznámenie o úraze, Potvrdenie), ako aj tých údajov, ktoré na môj vlastný podnet realizovala nemocnica, resp. iný liečebný ústav alebo zdravotnícke zariadenie. Súhlasím, aby Basler Sachversicherungs-AG, pobočka poisťovne z iného členského štátu, zistovala môj (maloletého poisteného) zdravotný stav. Týmto oprávňujem a pozabavujem mlčanlivosť každého lekára, aby poskytol poisťovní informácie, zdravotnú dokumentáciu týkajúcu sa liečenia úraza, choroby, resp. zdravotného stavu. Súčasne splnomocňujem Basler Sachversicherungs-AG, pobočku poisťovne z iného členského štátu, aby sa za účelom došetrenia poisťnej udalosti, zdravotného stavu alebo za účelom preskúmania oznámených údajov a zistených ďalších okolností spojila s inými poisťovňami a ďalšími verejno-právnymi alebo súkromno-právnymi subjektmi a súhlasím, aby tieto inštitúcie poskytli poisťovni žiadané informácie.

**Poistený týmto dáva lekárovi výslovný písomný súhlas s poskytnutím údajov o jeho zdravotnom stave spoločnosti Basler Sachversicherungs-AG, pobočke poisťovne z iného členského štátu.**

V ..... dňa .....

.....  
podpis poisteného  
(resp. jeho zákonného zástupcu)

## Správa ošetrojúceho lekára

Informácia pre lekára:

Poskytnutie údajov je v súlade so súhlasom poisteného (pozri predná strana). Prosíme Vás o presné a úplné zodpovedanie všetkých otázok. V prípade, že Vám honorár za vyplnenie tohto tlačiva vypláti poistený, dovoľujeme si požiadať o vystavenie originálu príjmového dokladu.

Meno a priezvisko klienta: .....	Rodné číslo: .....
Konečná diagnóza musí byť stanovená na základe týchto nevyhnutných údajov:	
<ol style="list-style-type: none"><li><b>Rakovina</b> – histologický nález vrátane čísla vyšetrenia, v prípade chirurgického riešenia operačná diagnóza a druh výkonu – kópia operačnej vložky, klasifikácia TNM.</li><li><b>Srdcový infarkt</b> (infarkt myokardu) – subjektívne ťažkosti, popis EKG, hodnoty špecifických enzýmov.</li><li><b>Cievna mozgová príhoda</b> (mŕtvica) – subjektívne ťažkosti, aktuálny neurologický nález.</li><li><b>Zlyhanie obličiek</b> – výsledky vyšetrení, ktoré indikovali zaradenie do dialyzačného programu, začatie a frekvencia dialýzy.</li><li><b>Slypota</b> – subjektívne ťažkosti, úplný oftalmologický nález s hodnotením vízusu.</li><li><b>Infikovanie HIV podmienené povolaním</b> – výsledok testu krvi do 36 hodín po infikovaní, výsledok testu krvi do 6 mesiacov od infikovania</li><li><b>Infikovanie HIV v dôsledku transfúzie krvi</b> – dokumentácia o podaní infikovanej transfúzie krvi a premeny séra do 6 mesiacov od transfúzie.</li><li><b>Transplantácia srdca, pľúc, pečene, obličiek, pankreasu alebo kostnej drene</b> – výsledky vyšetrení, ktoré indikovali zaradenie do transplantáčného programu, prípadne ak bola uskutočnená transplantácia, potvrdenie operačnou diagnózou.</li><li><b>Operácia srdcových chlopní</b> – subjektívne ťažkosti, predoperačný popis srdcovej vady, kópia operačnej vložky.</li><li><b>Operácia aorty</b> – subjektívne ťažkosti, predoperačný popis, kópia operačnej vložky.</li><li><b>Operácia bypassu</b> – popis predoperačnej koronarografie, operačná diagnóza a kópia operačnej vložky.</li><li><b>Detská mozgová obrna</b> – aktuálny nález neurológa</li><li><b>Hluchota</b> – audiometrické vyšetrenie, vyšetrenie bubienka a vyšetrenie akustického reflexu s tým, že existujúci stav nie je možné zmeniť žiadnym lekársnym zákrokom.</li><li><b>Priečne ochrnutie</b> – aktuálny neurologický nález, ktorý musí zahŕňať úplné ochrnutie polovice tela, úplné ochrnutie všetkých štyroch končatín alebo úplné obojstranné ochrnutie dolných končatín.</li><li><b>Creutzfeldova-Jakobova choroba</b> – diagnóza potvrdená neurológom za využitia ďalších vyšetrovacích metód (vyšetrenie tekutiny, MRI, EEG a pod.). Pre poistné plnenie sa musia vyskytnúť dva z nasledovných symptómov: motorické poruchy (myoklónia, ataxia), porucha pamäti, vnímania a pozornosti, poruchy zraku, zmena osobnosti.</li><li><b>Ťažké popáleniny</b> – 3. stupeň popálenín s minimálnym zasiahnutím 20 % povrchu tela. Kritériom merania je tzv. „pravidlo deviatich percent“ alebo mapa povrchu tela podľa Lunda a Browdera.</li><li><b>Skleróza multiplex</b> – neurologicky nespochybniteľné znaky poškodenia zrkovitého nervu, mozgového kmeňa, miechy, zmena koordinácie pohybov alebo zmena funkcie nervov musí pretrvať nepretržite dlhšie ako minimálne šesť mesiacov.</li><li><b>Kóma</b> – trvalé preukázateľné poškodenie s klinickým neurologickým nálezom.</li></ol>	
Ktorá z vyššie uvedených diagnóz kritickej choroby bola poistenému zistená (diagnostikovaná), resp. aký typ výkonu bol vykonaný?	
Kedy bola diagnóza stanovená (prípadne verifikovaná), resp. kedy bol vykonaný výkon?	
Na základe akých príznakov, vyšetrení a nálezov? (pozri vyššie)	
V ktorom zdravotníckom zariadení? Uveďte prosím celý názov a adresu, pokiaľ možno aj meno príslušného odborného lekára alebo lekárov.	
Kedy boli pozorované alebo zistené prvé príznaky niektorej z vyššie uvedených chorôb, alebo chorôb a porúch, ktoré boli v priamej príčinnej súvislosti s kritickej chorobou?	
V ktorom zdravotníckom zariadení? Uveďte prosím celý názov a adresu, pokiaľ možno aj meno príslušného odborného lekára alebo lekárov.	
Iné oznámenia ošetrojúceho lekára:	
V prípade požiadavky posudkového lekára spoločnosti Basler Sachversicherungs-AG, pobočky poisťovne z iného členského štátu, vyslovujem súhlas na účinnú spoluprácu. Čestne vyhlasujem, že som zodpovedal(a) pravdivo a úplne všetky otázky a som si vedomý(á) dôsledku nepravdivých odpovedí.	
V .....	dňa .....
..... podpis ošetrojúceho lekára	