

## Oznámení pojistné události - Závažná onemocnění dítě do 18 let

### 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 Kontaktního centra 800 10 66 10 nebo se můžete obrátit na svého poradce.
4. Oznámení spolu s dalšími dokumenty zašlete na adresu: **Komerční pojišťovna, a.s., Palackého 53, 586 01 Jihlava.**
5. Vaši identifikaci může při sepisování tohoto oznámení pojistné události zajistit Váš poradce nebo si ji můžete zajistit na obecním úřadě s rozšířenou působností, krajském úřadě, u notáře nebo na Czech POINTu.

### ÚDAJE O POJIŠTĚM DÍTĚTI

Příjmení a jméno: Rodné číslo (není-li, uveďte datum narození)<sup>1)</sup>:

Místo narození: Pohlaví:  Muž  Žena

Stát narození: Státní občanství:

Adresa trvalého nebo jiného pobytu včetně státu: Forma pobytu:  Trvalý  Jiný

Politická expozice 2):  ano  ne

### ÚDAJE O POJIŠTĚNÉM / ZÁKONNÉM ZÁSTUPCI

Příjmení a jméno: Rodné číslo (není-li, uveďte datum narození)<sup>1)</sup>:

Místo narození: Pohlaví:  Muž  Žena

Stát narození: Státní občanství:

Adresa trvalého nebo jiného pobytu včetně státu: Forma pobytu:  Trvalý  Jiný

Korespondenční adresa (bydliště, liší-li se od adresy trvalého nebo jiného pobytu):

E-mail: Telefon:

Preferovaný způsob komunikace:  e-mail  pošta

Číslo průkazu totožnosti: Druh průkazu totožnosti:  OP  Jiný 3) (uveďte) .....

Orgán, který průkaz totožnosti vydal: Platnost průkazu od \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ do \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Politická expozice 2):  ano  ne

### 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                       |  |

Trpělo pojištěné dítě podobnými potížemi jako nyní již v minulosti?  ano  ne

Pokud ano, od kdy a jakými?

Kdy došlo k prvním příznakům závažného onemocnění?

Druh potíží:

Kdy byla pojištěnému dítěti poprvé sdělena diagnóza závažného onemocnění:

Uveďte název a adresy zdravotnických zařízení, případně specialisty, u kterého se pojištěné dítě pro danou diagnózu léčilo / léčí:

**PŘILOŽENÉ DOKUMENTY** lékařská zpráva propouštěcí zpráva operační protokol histologický nález jiné**ÚDAJE O POJIŠTĚNÍ U OSTATNÍCH POJIŠŤOVEN**Máte uzavřenou pojistnou smlouvu pro stejné pojistné nebezpečí u jiné pojišťovny?  ano  ne

Pokud ano, uveďte název pojišťovny, pojistnou částku a zda uplatňujete nárok na plnění z důvodu stejné události z tohoto pojištění.

**ÚDAJE PRO VÝPLATU POJISTNÉHO PLNĚNÍ**

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

převodem na novou /existující smlouvu (uvedte číslo smlouvy) .....

Číslo účtu \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ (kód banky)

Jedná se o účet, jehož jste oprávněným vlastníkem?  ano  ne

Pokud ne, uveďte prosím vlastníka účtu a Váš vztah k němu. Dle zákona o platebním styku nejsme oprávněni vyplácet peněžní prostředky na bankovní účty, jejichž vlastníky nejsou oprávněné osoby.:

Adresa (uveďte jméno, příjmení, ulici, číslo orientační a popisné, PSČ, místo – poštu), adresa musí být na území České republiky:

Jedná-li se o adresu jinou než trvalého nebo jiného pobytu či korespondenční adresu, uveďte současně prosím důvod zaslání právě na tuto adresu.

**PROHLÁŠENÍ, PODPISY A ZMOCNĚNÍ**

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 pojistovny.

Současně potvrzuji, že mi byly poskytnuty a jsou mi známi informace týkající se zpracování osobních údajů pojistitelem a souvisejících práv a povinností obsažené v Informačním memorandu o nakládání s osobními údaji (**Informační memorandum**) a skutečnost, že aktuální verzi tohoto Informačního memoranda lze nalézt na našich internetových stránkách [www.kb-pojistovna.cz](http://www.kb-pojistovna.cz)

Souhlasím, abyste si sami (nebo prostřednictvím vámi pověřeného lékaře) získávali údaje o zdravotním stavu pojištěného dítěte, včetně jakékoliv zdravotnické dokumentace od jeho lékaře, zdravotní pojistovny, jakéhokoliv orgánu veřejné moci či jiných pojistitelů, u kterých má pojištěné dítě podle dostupných informací sjednáno jiné životní či úrazové pojištění. Pojištěné dítě nás tímto zmocňuje (resp. Vy jako jeho zákonný zástupce nás jeho jménem zmocňujete), abychom si od těchto osob a orgánů zjišťovali informace o jeho zdravotním stavu, nahlíželi do jeho zdravotnické dokumentace a jiných záznamů o jeho zdravotním stavu, pořizovali z nich výpisy či opisy, a to i po jeho smrti. Pro účely tohoto zmocnění a v jeho rozsahu pojištěné dítě zprošťuje (resp. Vy jako jeho zákonný zástupce jeho jménem zprošťujete) uvedené osoby a orgány jejich zákonné či smluvní povinnosti mlčenlivosti, a to i ve smyslu zákona číslo 372/2011 Sb., o zdravotních službách.

**Pojistitel si vyhrazuje právo na možnost vyžádání si dalších dokumentů nezbytných pro vyřízení pojistného nároku.**

Poskytuji souhlas k zaslání sdělení týkajících se stavu a výsledků šetření pojistné události s využitím prostředků elektronické komunikace (např. e-mail, SMS) na kontakty, které jsem uvedl/a v tomto oznámení pojistné události.

Odesláním oznámení pojistné události e-mailem beru na vědomí, že se jedná o nezabezpečený komunikační kanál a odpovědnost za zaslání osobní údaje přebírá pojistitel až jejich přijetím na jeho poštovní server.

Dále **souhlasím** s aktualizací osobních údajů (zejména e-mailové adresy, telefonního kontaktu, korespondenční nebo trvalé adresy), které o mně nebo pojištěných osobách pojistitel zpracovává, pokud se tyto údaje nebudou shodovat s údaji uvedenými v tomto oznámení.

Datum

Jméno a příjmení pojištěného/ zákonného zástupce

Podpis pojištěného / zákonného zástupce 4)

**Potvrzuji, že jsem totožnost žadatele ověřil/a dle průkazu totožnosti.**

Jméno a příjmení zástupce pojistovny

Podpis zástupce pojistovny

Název společnosti

Kód společnosti

IČ poradce

Kód poradce

Telefon poradce

E-mail poradce

- 1) vyplňte datum narození, nebylo-li rodné číslo v ČR přiděleno
- 2) pokud jste politicky exponovanou osobou, vyplňte a přiložte formulář „Čestné prohlášení o PEP“
- 3) uveďte Povolení k pobytu, pas, Řidičský průkaz, atp.
- 4) totožnost pojistníka/ zákonného zástupce / opatrovníka / zákonného zástupce na základě zmocnění byla před podpisem žádosti ověřena dle průkazu totožnosti

**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 inzulinem

**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