kritické ochorenie
oznámenie poistnej udalosti

k návrhu zmluvy / poistnej zmluve

Formulár, prosím, pošlite po uplynutí lehoty 30 kalendárnych dní od stanovenia diagnózy, alebo 30 kalendárnych dní po uskutočnení operácie.

Vyplňte, prosím, starostlivo obidve strany tohto formulára. Bez úplného vyplnenia, vrátane podpisu, nie je možné poskytnúť poistné plnenie. Za vyplnenie tohto formulára uhraďte lekárovi ním požadovanú sumu (podľa § 38 ods. 11 zákona č. 577/2004 Z. z. o rozsahu zdravotnej starostlivosti uhrádzanej na základe verejného zdravotného poistenia a o úhradách za služby súvisiace s poskytovaním zdravotnej starostlivosti, ide o službu súvisiacu s poskytovaním zdravotnej starostlivosti poskytnutú na Vašu žiadosť) a originál dokladu o zaplatení predložte poisťovateľovi, ktorý náklady preplatí do výšky 10 € v prípade uznania nároku na poistné plnenie. Ak pre požadované údaje nebude stačiť miesto v predtlačených kolónkach, uveďte ich v prílohe. V zmysle Dielu 4, Oddielu 4, Článku 10.1., bodu (6) poistných podmienok, poistnou udalosťou pripoistenie zaniká.

Poistenie kritických ochorení zahŕňa:

a) rakovina;
b) operácia koronárnych tepien (bypass);
c) infarkt myokardu;
d) zlyhanie obličiek (konečné štádium obličkového ochorenia);
e) mozgová príhoda;
f) aorta (operácia aorty);
g) slepota (strata zraku);
h) náhrada srdcovej chlopne;
i) transplantácia životne dôležitých orgánov;
j) roztrúsená skleróza (sklerosis multiplex);
k) obrna (ochrnutie);
l) AIDS - HIV následkom krvnej transfúzie;
m) AIDS - profesné ochorenie HIV (u zdravotníckeho personálu);
n) Alzheimerova choroba vo veku mladšom ako 65 rokov;
o) bakteriálna meningitída;
p) nezhubný (benígny) mozgový nádor;
r) kóma;
s) hluchota;
t) konečné štádium pľúcneho ochorenia;
u) strata reči;
v) Parkinsonova choroba vo veku mladšom ako 65 rokov.

Poistený

Priezvisko | Meno, titul pred menom | Rodné číslo

Adresa trvalého pobytu (ulica, číslo, obec, mesto) | PSČ | Telefón

Doklad totožnosti ☐ OP/ID ☐ Pas | Číslo dokladu totožnosti | Štátna príslušnosť

Otázky k zdravotnému stavu poisteného

Trpeli ste pred vznikom kritického ochorenia zdravotnými ťažkosťami? ☐ Áno ☐ Nie

Ak áno, uveďte odkedy a akými zdravotnými ťažkosťami ste trpeli — Od / Do

Kedy nastali prvé príznaky kritického ochorenia? Dátum

Názov (diagnóza) kritického ochorenia a kedy Vám bola po prvý raz diagnostikovaná? Dátum

Diagnóza

Uveďte názvy a adresy odborných lekárov a odborných zdravotníckych zariadení, v ktorých ste boli vyšetrený a liečený, dobu liečenia od - do a spôsob liečby.
Ak pre požadované údaje nebude stačiť miesto v predtlačených kolónkach, uveďte ich v prílohe.

Meno lekára	Adresa lekára (zdravotníckeho zariadenia)	Doba liečby od do	Spôsob liečby
Meno lekára	Adresa lekára (zdravotníckeho zariadenia)	Doba liečby od do	Spôsob liečby
Meno lekára	Adresa lekára (zdravotníckeho zariadenia)	Doba liečby od do	Spôsob liečby

Poistné plnenie

Poistné plnenie poukážte na: (uveďte iba jednu z možností)

☐ Adresa trvalého pobytu

☐ Číslo účtu — / Špecifický symbol

Vyhlásenie

Vyhlasujem, že všetky údaje v tomto formulári som uviedol úplne a pravdivo a že nárok na poistné plnenie v dôsledku uvedeného kritického ochorenia uplatňujem len na tomto formulári. Som si vedomý právnych dôsledkov neúplných alebo nepravdivých odpovedí na povinnosť poisťovateľa - AXA životní pojišťovny a. s., pobočka poisťovne z iného členského štátu, Kolárska 6, 811 06 Bratislava, IČO: 35 968 079 - plniť. Ďalej sa zaväzujem oznámiť poisťovateľovi bez zbytočného odkladu každú zmenu vyššie uvedených údajov. Splnomocňujem týmto poisťovateľa, aby z dôvodu zistenia môjho zdravotného stavu, prípadne zistenia príčin mojej smrti, v súvislosti s výkonom práv a plnením povinností poisťovateľa vyplývajúcich z poistnej zmluvy, vykonal dopytovanie, a to aj po mojej smrti, ohľadne môjho zdravotného stavu u príslušných lekárov, ošetrujúcich zdravotníckych pracovníkov (zdravotníckych zariadení) a žiadal tieto osoby o zabezpečenie výpisu zo zdravotnej dokumentácie v zmysle § 24 ods. 4 písm. e) v znení § 25 ods. 1 písm. c) zákona č. 576/2004 Z. z. o zdravotnej starostlivosti, službách súvisiacich s poskytovaním zdravotnej starostlivosti a o zmene a doplnení niektorých zákonov, vedenej o mojej osobe, prípadne z iných zápisov, ktoré sa vzťahujú k môjmu zdravotnému stavu, prípadne tieto výpisy zabezpečoval sám.

Prílohy

Počet príloh

Podpisy

Dátum podpisu | Miesto | Podpis poisteného

Platný variant označte krížikom ☒

Podpis osoby uplatňujúcej nárok na poistné plnenie musí byť úradne overený na žiadosť poisťovateľa po priznaní nároku na poistné plnenie.

778/37a 07/2010

01

Korešpondenčná adresa: AXA životní pojišťovna a.s., pobočka poisťovne z iného členského štátu, Kolárska 6, 812 55 Bratislava, Slovensko
Sídlo spoločnosti: AXA životní pojišťovna a.s., pobočka poisťovne z iného členského štátu, Kolárska 6, 811 06 Bratislava, Slovensko
AXA linka: + 421 2 2929 2929, Fax: +421 2 5949 1112, E-mail: info.zp@axa.sk, www.axa.sk
IČO: 35 968 079, spoločnosť zapísaná v Obchodnom registri Okresného súdu Bratislava I, oddiel Po, vložka č. 1327/B

správa lekára

k návrhu zmluvy / poistnej zmluve

Správa odborného / ošetrujúceho lekára

Ktoré z kritických ochorení uvedených na titulnej strane tohto formuláru bolo u poisteného / pacienta diagnostikované a kedy, resp. aký typ výkonu bol vykonaný, kedy?

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

V ktorom zdravotníckom zariadení (uveďte, prosím, celý názov a adresu, podľa možnosti aj meno príslušného lekára)?

Kedy bol spozorovaný alebo zistený prvý príznak kritického ochorenia, ktorý bol v príčinnej súvislosti s týmto ochorením?

Dátum

V ktorom zdravotníckom zariadení (uveďte prosím celý názov a adresu, podľa možnosti aj meno príslušného lekára)?

Bol poistený/pacient informovaný o uvedenom kritickom ochorení? ☐ Áno ☐ Nie

Ak áno, uveďte kedy

Dátum

Súčasný stav poisteného/pacienta a spôsob terapie

Iné oznámenia ošetrujúceho lekára

Meno lekára

Adresa lekára (zdravotníckeho zariadenia)

Názov oddelenia

Číslo oddelenia

Telefón

Prílohy

Počet príloh

Podpisy

Dátum podpisu

Miesto

Pečiatka a podpis lekára