

Jméno a příjmení pojištěné:	Rodné číslo:
Bydliště:	Telefon:
Pojistná smlouva:	Škodná událost:

## Oznámení pojistné události

**POJIŠTĚNÍ ZÁVAŽNÝCH GYNEKOLOGICKÝCH ONEMOCNĚNÍ – LADY PLUS**

VYPLNÍ POJIŠTĚNÁ (vhodné zakřížkujte a doplňte požadované údaje)

<input type="checkbox"/> <b>diagnóza zhoubného nádoru ženského orgánu nebo kolorekta</b> <ul style="list-style-type: none"><li>kopie aktuální lékařské zprávy ze specializovaného zdravotnického pracoviště s histologickým nálezem a s jeho zařazením podle mezinárodní klasifikace TNM</li><li>potvrzení zdravotnického zařízení (gynekologa) o absolvování alespoň dvou preventivních gynekologických prohlídek v předchozích třech letech (<i>při nedoložení může ČP ZDRAVÍ snížit pojistné plnění o jednu polovinu</i>)*</li></ul>											
<input type="checkbox"/> <b>podstoupení operačního výkonu souvisejícího s tímto nádorem</b> <ul style="list-style-type: none"><li>kopie operačního protokolu</li><li>kopie lékařské zprávy ze specializovaného zdravotnického pracoviště s histologickým nálezem</li></ul>											
<input type="checkbox"/> <b>lěčba zhoubného nádoru – uplatňování nároku na výplatu důchodu (renty)</b> <ul style="list-style-type: none"><li>potvrzení ze zdravotnického zařízení o probíhající léčbě – za každý dokončený měsíc</li></ul> <i>Pozn.: Výplata důchodu za první 3 měsíce po stanovení diagnózy probíhá automaticky, doklady je třeba zasílat až od čtvrtého měsíce po diagnóze</i>											
<b>Žádost o výplatu pojistného plnění na účet:</b> Žádám o výplatu pojistného plnění převodem finančních prostředků na bankovní účet: <table style="width: 100%; border: none;"><tr><td style="border: 1px solid black; width: 15%; text-align: center;">□□□□□□□□</td><td style="font-size: 2em; vertical-align: middle;">–</td><td style="border: 1px solid black; width: 45%; text-align: center;">□□□□□□□□□□□□□□□□</td><td style="font-size: 2em; vertical-align: middle;">/</td><td style="border: 1px solid black; width: 15%; text-align: center;">□□□□□</td></tr><tr><td style="text-align: center;">předčíslí (je-li uvedeno)</td><td></td><td style="text-align: center;">číslo účtu</td><td></td><td style="text-align: center;">kód banky</td></tr></table> <i>Bezhotovostní zpracování plateb umožní zkrácení termínu výplaty o několik dní.</i>		□□□□□□□□	–	□□□□□□□□□□□□□□□□	/	□□□□□	předčíslí (je-li uvedeno)		číslo účtu		kód banky
□□□□□□□□	–	□□□□□□□□□□□□□□□□	/	□□□□□							
předčíslí (je-li uvedeno)		číslo účtu		kód banky							
Datum:	Podpis pojištěné:										

\*K potvrzení o absolvování preventivních prohlídek můžete využít tento formulář.

VYPLNÍ LÉKAŘ (dle dostupné zdravotní dokumentace)

<i>Potvrzuji, že pojištěná</i>	
Příjmení a jméno: <i>absolvovala v předchozích třech letech preventivní gynekologické prohlídky v těchto termínech:</i>	Rodné číslo:
Datum vystavení:	Razítko a podpis lékaře:

Náklady na vystavení příslušných potvrzení nese pojištěná (pacientka).