

Jméno a příjmení pojištěného:	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"/> diagnóza zhoubného nádoru ženského orgánu nebo kolorekta <ul style="list-style-type: none"> kopie aktuální lékařské zprávy ze specializovaného zdravotnického pracoviště s histologickým nálezem a s jeho zařazením podle mezinárodní klasifikace TNM 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>)* 														
<input type="checkbox"/> podstoupení operačního zákroku souvisejícího s tímto nádorem <ul style="list-style-type: none"> kopie operačního protokolu kopie lékařské zprávy ze specializovaného zdravotnického pracoviště s histologickým nálezem 														
<input type="checkbox"/> léčba zhoubného nádoru – uplatňování nároku na výplatu důchodu (renty) <ul style="list-style-type: none"> potvrzení ze zdravotnického zařízení o probíhající léčbě – za každý dokončený měsíc <p><i>Pozn.: Výplata důchodu za první 3 měsíce po stanovení diagnózy probíhá automaticky, doklady je třeba zasílat až od čtvrtého měsíce po diagnóze</i></p>														
<p>Žádám o výplatu pojistného plnění převodem finančních prostředků na bankovní účet:</p> <table style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td style="border: 1px solid black; width: 15%; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 15%; height: 20px;"></td> <td style="font-size: 2em;">–</td> <td style="border: 1px solid black; width: 30%; height: 20px;"></td> <td style="font-size: 2em;">/</td> <td style="border: 1px solid black; width: 15%; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 10%; height: 20px;"></td> </tr> <tr> <td colspan="2">předčíslí (je-li uvedeno)</td> <td></td> <td>číslo účtu</td> <td></td> <td colspan="2">kód banky</td> </tr> </table> <p>Datum: _____ Podpis pojištěné: _____</p>			–		/			předčíslí (je-li uvedeno)			číslo účtu		kód banky	
		–		/										
předčíslí (je-li uvedeno)			číslo účtu		kód banky									

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

VYPLNÍ LÉKAŘ (dle dostupné zdravotní dokumentace)

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

Náklady na vystavení tohoto potvrzení nese pojištěná (pacientka).