



2291

## Oznámene o Poistnej udalosti Závažné ochorenie Poisteného Dieťaťa

Vyplní osoba uplatňujúca si nárok na Poistné plnenie

Poistené Dieťa/  
Poistený

Poistka číslo

Kde sa nachádza kompletná lekárska dokumentácia ( zdravotná karta ) Poisteného Dieťaťa?  
Meno ošetrujúceho ( obvodného ) pediatra a adresa ambulancie:

Kde bolo závažné ochorenie diagnostikované / sledované / liečené?  
Meno odborného lekára ( špecialistu ) a adresa špecializovaného pracoviska:

Prosíme vyplniť v prípade transplantácie orgánu / ochorenia HIV po transfúzií.  
Kde bola operácia vykonaná? / Kde bola podaná transfúzia krvného preparátu?  
Meno lekára a adresa zdravotníckeho zariadenia:

**Spolu s tlačivom Oznámene o Poistnej udalosti je potrebné doručiť i podklady uvedené pri jednotlivých Závažných ochoreniach.**

**Všetky kópie musia byť opatrené originálom pečiatky a podpisu ošetrujúceho lekára a zdravotníckeho zariadenia.**

**Zoznam Závažných ochorení ( prosíme vyznačiť ochorenie, na ktoré sa vzťahuje uplatňovanie si nároku na poistné plnenie ):**

**Rakovina**

Prosíme priložiť:

- celkové zhodnotenie zdravotného stavu od ošetrujúceho pediatra
- kópia prepúšťacej správy z nemocnice alebo kópia nálezu z odborného pracoviska, ktoré potvrdilo diagnózu
- kópia presného histologického nálezu s uvedeným dátumom vyšetrenia a číslom preparátu
- prípadne ďalšie dokumenty podľa požiadaviek Poistiteľa

**Chronická kardiálna insuficiencia**

Prosíme priložiť:

- celkové zhodnotenie zdravotného stavu od ošetrujúceho pediatra
- kópia prepúšťacej správy z nemocnice alebo kópia nálezu z odborného pracoviska, ktoré potvrdilo diagnózu
- kópie výsledkov odborných kardiologických vyšetrení ( EKG, ECHO, invazívne vyšetrenia )
- prípadne ďalšie dokumenty podľa požiadaviek Poistiteľa

**Chronická respiračná insuficiencia**

Prosíme priložiť:

- celkové zhodnotenie zdravotného stavu od ošetrojúceho pediatra
- kópia prepúšťacej správy z nemocnice alebo kópia nálezu z odborného pracoviska, ktoré potvrdilo diagnózu
- kópie výsledkov odborných pneumologických vyšetrení ( spirometrické vyšetrenie, analýza krvných plynov, potvrdenie trvalej kyslíkovej terapie )
- prípadne ďalšie dokumenty podľa požiadaviek Poistiteľa

**Chronická renálna insuficiencia**

Prosíme priložiť:

- celkové zhodnotenie zdravotného stavu od ošetrojúceho pediatra
- kópia prepúšťacej správy z nemocnice alebo kópia nálezu z odborného pracoviska, ktoré potvrdilo diagnózu
- kópie výsledkov odborných nefrologických vyšetrení ( USG, biopsia, Clearance creatinin, krvné testy )
- prípadne ďalšie dokumenty podľa požiadaviek Poistiteľa

**Transplantácia životne dôležitých orgánov**

Prosíme priložiť:

- celkové zhodnotenie zdravotného stavu od ošetrojúceho pediatra
- kópie odborných lekárskeho nálezu, na základe ktorých bola transplantácia indikovaná
- kópia správy z odborného pracoviska, kde bola transplantácia vykonaná (s uvedením dátumu operácie)
- prípadne ďalšie dokumenty podľa požiadaviek Poistiteľa

**Paraplégia, tetraplégia**

Prosíme priložiť:

- celkové zhodnotenie zdravotného stavu od ošetrojúceho pediatra
- kópia prepúšťacej správy z nemocnice alebo kópia nálezu z odborného pracoviska, ktoré potvrdilo diagnózu
- kópie výsledkov odborných neurologických vyšetrení
- prípadne ďalšie dokumenty podľa požiadaviek Poistiteľa

**Ochorenie HIV po transfúzii krvi**

Prosíme priložiť:

- celkové zhodnotenie zdravotného stavu od ošetrojúceho pediatra
- stanovisko oficiálne registrovaného pracoviska na území EÚ, ktoré podalo infikovaný krvný preparát
- pozitívny výsledok vyšetrenia protilátok HIV do 6 mesiacov po podaní krvného preparátu
- prípadne ďalšie dokumenty podľa požiadaviek Poistiteľa

**Slepota oboch očí**

Prosíme priložiť:

- celkové zhodnotenie zdravotného stavu od ošetrojúceho pediatra
- kópia prepúšťacej správy z nemocnice alebo kópia nálezu z odborného pracoviska, ktoré potvrdilo diagnózu
- kópie výsledkov odborných očných vyšetrení
- prípadne ďalšie dokumenty podľa požiadaviek Poistiteľa

**Hluchota oboch uší**

Prosíme priložiť:

- celkové zhodnotenie zdravotného stavu od ošetrojúceho pediatra
- kópia prepúšťacej správy z nemocnice alebo kópia nálezu z odborného pracoviska, ktoré potvrdilo diagnózu
- kópie výsledkov audiometrických a zvukoprahových testov, doplnkových sluchových vyšetrení
- prípadne ďalšie dokumenty podľa požiadaviek Poistiteľa

**Osoba uplatňujúca si nárok na Poistné plnenie:**

(uveďte meno a priezvisko, rodné číslo, adresu trvalého pobytu, telefónne číslo)

**Poistné plnenie žiadam vyplatiť na číslo účtu:**  
(uveďte číslo účtu, kód banky, prípadne špecifický symbol)

Vyhlasujem, že všetky mnou uvádzané údaje sú pravdivé a úplné a som si vedomý/vedomá dôsledkov neúplných a nepravdivých odpovedí na rozsah povinnosti Poistiteľa plniť.

Poistený/Poistené Dieťa podpisom tohto dokumentu vyhlasuje, že si je vedomý skutočnosti, že tento dokument sa považuje za doručený Poistiteľovi až momentom jeho reálneho doručenia na adresu sídla Poistiteľa, ktoré zabezpečuje tretia osoba.

Ste politicky exponovaná osoba? Áno  Nie  Ste sankcionovaná osoba Áno  Nie

Zároveň vyhlasujem, že som daňovým rezidentom Slovenskej republiky.

Miesto \_\_\_\_\_ dátum \_\_\_\_\_

notárom/matrikou overený podpis osoby  
uplatňujúcej nárok na Poistné plnenie

**Podpis overil:**

**Meno, priezvisko, osobné číslo a podpis poradcu SLSP:** .....