



Oznámenie o Poistnej udalosti Závažné ochorenie Poisteného

Vyplní osoba uplatňujúca si nárok na Poistné plnenie

Poistka číslo:

Kód zdravotnej Poistovne:

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

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

Meno a priezvisko poisteného:	Rodné číslo:
Trvalé bydlisko:	PSČ:
Telefón:	
Poistné plnenie žiadam vyplatiť na číslo účtu: (uvedte číslo účtu, kód banky)	
Názov ochorenia (diagnóza) : Kde bolo závažné ochorenie diagnostikované / sledované / liečené? Meno odborného lekára (špecialistu) a adresa špecializovaného pracoviska:	
Zoznam Závažných ochorení: Rakovina - prosíme priložiť: <ul style="list-style-type: none"> - 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 - lekárska správa od onkológa, prípadne ďalšie dokumenty podľa požiadaviek Poistiteľa 	
Infarkt myokardu - prosíme priložiť: <ul style="list-style-type: none"> - kópia prepúšťacej správy z nemocnice alebo kópia nálezu z odborného pracoviska, ktoré potvrdilo diagnózu (internista, kardiológ) - prípadne ďalšie dokumenty podľa požiadaviek Poistiteľa 	
Náhla cievna mozgová príhoda (NCMP) - prosíme priložiť: <ul style="list-style-type: none"> - kópia prepúšťacej správy z nemocnice alebo kópia nálezu z odborného pracoviska, ktoré potvrdilo diagnózu - prípadne ďalšie dokumenty podľa požiadaviek Poistiteľa 	
<u>Pri NCMP musí byť diagnóza potvrdená po uplynutí 3 mesiacov po prekonaní mozgovej príhody odborným lekárom – neurológom, a podložená zodpovedajúcimi zmenami pri vyšetrení CT (počítačová tomografia) alebo NMR (nukleárna magnetická rezonancia)</u>	

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 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: