

Poišťovňa Slovenskej sporiteľne, a. s.
Vienna Insurance Group

Tomášikova 48

832 68 Bratislava 3 Slovenská republika

IČO: 35 851 023

Zapísaná v Obchodnom registri Okresného súdu Bratislava I, oddiel Sa, vložka č. 3085/B
(ďalej len „Poišťiteľ“)

Oznámenie o Poistnej udalosti Závažné ochorenie Poisteného dieťaťa

**Vyplní osoba uplatňujúca si nárok na Poistné plnenie
(Poistené dieťa a v čase do jeho plnoletosti jeho Zákonný zástupca).**

Poistený –
Poistené
dieťa

Poistka číslo

Kde sa nachádza kompletná lekárska dokumentácia (zdravotná karta) Poisteného dieťaťa?
Meno ošetrojúceho (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 transfúzii.
Kde bola operácia vykonaná? / Kde bola podaná transfúzia krvného preparátu?
Meno lekára a adresa zdravotníckeho zariadenia:

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.

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

Rakovina

Prosíme priložiť:

- celkové zhodnotenie zdravotného stavu od ošetrojúceho 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 poisťiteľa

Chronická kardiálna 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 kardiologických vyšetrení (EKG, ECHO, invazívne vyšetrenia)
- prípadne ďalšie dokumenty podľa požiadaviek poisťiteľa

- Chronická respiračná insuficiencia**
 Prosíme priložiť:
 - celkové zhodnotenie zdravotného stavu od ošetrojúceho pediatra
 - kópia prepúšťacej správy z nemocnice alebo kópia nálezov 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 poisťiteľa
- Chronická renálna insuficiencia**
 Prosíme priložiť:
 - celkové zhodnotenie zdravotného stavu od ošetrojúceho pediatra
 - kópia prepúšťacej správy z nemocnice alebo kópia nálezov z odborného pracoviska, ktoré potvrdilo diagnózu
 - kópie výsledkov odborných nefrologických vyšetrení (USG, biopsia, Clearance creatinin, krvné testy)
 - prípadne ďalšie dokumenty podľa požiadaviek poisťiteľa
- Transplantácia životne dôležitých orgánov**
 Prosíme priložiť:
 - celkové zhodnotenie zdravotného stavu od ošetrojúceho pediatra
 - kópie odborných lekárskeho nálezov, na základe ktorých bola transplantácia indikovaná
 - kópia správy z odborného pracoviska, kde bola transplantácia vykonaná (s uvedením dátumu operácie)
 - prípadne ďalšie dokumenty podľa požiadaviek poisťiteľa
- Paraplégia, tetraplégia**
 Prosíme priložiť:
 - celkové zhodnotenie zdravotného stavu od ošetrojúceho pediatra
 - kópia prepúšťacej správy z nemocnice alebo kópia nálezov z odborného pracoviska, ktoré potvrdilo diagnózu
 - kópie výsledkov odborných neurologických vyšetrení
 - prípadne ďalšie dokumenty podľa požiadaviek poisťiteľa
- 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 poisťiteľa
- Slepota oboch očí**
 Prosíme priložiť:
 - celkové zhodnotenie zdravotného stavu od ošetrojúceho pediatra
 - kópia prepúšťacej správy z nemocnice alebo kópia nálezov z odborného pracoviska, ktoré potvrdilo diagnózu
 - kópie výsledkov odborných očných vyšetrení
 - prípadne ďalšie dokumenty podľa požiadaviek poisťiteľa
- Hluchota oboch uší**
 Prosíme priložiť:
 - celkové zhodnotenie zdravotného stavu od ošetrojúceho pediatra
 - kópia prepúšťacej správy z nemocnice alebo kópia nálezov z odborného pracoviska, ktoré potvrdilo diagnózu
 - kópie výsledkov audiometrických a zvukoprahových testov, doplnkových sluchových vyšetrení
 - prípadne ďalšie dokumenty podľa požiadaviek poisťiteľa

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 vedomá/vedomý dôsledkov neúplných a nepravdivých odpovedí na rozsah povinnosti Poisťiteľa plniť.

Poisťník/Poistený podpisom tohto dokumentu vyhlasuje, že si je vedomý skutočnosti, že tento dokument sa považuje za doručený do Poisťovne Slovenskej sporiteľne, a.s. Vienna Insurance Group až momentom jeho reálneho doručenia na adresu sídla Poisťovne Slovenskej sporiteľne, a.s. Vienna Insurance Group, ktoré zabezpečuje tretia osoba.

Miesto _____ dátum _____

notárom/matrikou overený podpis osoby uplatňujúcej nárok na Poistné plnenie