

Oznámení pojistné události  
**POJIŠTĚNÍ ZÁVAŽNÝCH GYNEKOLOGICKÝCH ONEMOCNĚNÍ – LADY PLUS**

## Údaje o pojištěné (vyplňuje pojištěná)

Číslo pojistné smlouvy \_\_\_\_\_ Rodné číslo \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Příjmení \_\_\_\_\_ Jméno \_\_\_\_\_

Kontaktní adresa (ulice, místo, PSČ) \_\_\_\_\_

e-mail \_\_\_\_\_ Telefon \_\_\_\_\_

## Údaje o pojistné události a dokumenty k jejímu doložení (vyplňuje pojištěná)

- diagnóza zhoubného nádoru ženského orgánu nebo kolorekta**
- 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 (při nedoložení může ČP ZDRAVÍ snížit pojistné plnění o jednu polovinu)\*
- podstoupení operačního zákroku souvisejícího s tímto nádorem**
- kopie operačního protokolu
  - kopie lékařské zprávy ze specializovaného zdravotnického pracoviště s histologickým nálezem
- léčba zhoubného nádoru – uplatňování nároku na výplatu důchodu (renty)**
- potvrzení ze zdravotnického zařízení o probíhající léčbě – za každý dokončený měsíc
- Pozn.: Výplata důchodu za první 3 měsíce po stanovení diagnózy probíhá automaticky, doklady je třeba zasílat až od čtvrtého měsíce po diagnóze*

Žádám o výplatu pojistného plnění (vyberte pouze jednu možnost)

- na výše uvedenou adresu pojištěné
- na účet číslo \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ / kód banky \_\_\_\_\_

\* K potvrzení o absolvování preventivních prohlídek je možné využít druhou stranu tohoto formuláře.

V \_\_\_\_\_ dne \_\_\_\_\_ podpis pojištěné \_\_\_\_\_

Oznámení pojistné události  
**POJIŠTĚNÍ ZÁVAŽNÝCH GYNEKOLOGICKÝCH ONEMOCNĚNÍ – LADY PLUS**Potvrzení o provedených preventivních gynekologických prohlídkách absolvovaných pojištěnou

**Pro uplatnění nároku na pojistné plnění v plné výši je zapotřebí ČP ZDRAVÍ doložit absolvování alespoň dvou preventivních gynekologických prohlídek v předchozích třech letech.**

*Požádejte Vašeho lékaře o zpětné vyplnění dat a potvrzení absolvování preventivních gynekologických prohlídek. Vyplněný formulář následně spolu s dalšími dokumenty zašlete na adresu ČP ZDRAVÍ.*

Potvrzuji, že pojištěná

Příjmení a jméno  Rodné číslo  /

absolvovala v předchozích třech letech preventivní gynekologické prohlídky v těchto termínech:

Datum, podpis a razítko lékaře

*V případě, že jste v průběhu předchozích třech let absolvovala preventivní prohlídky i u jiného gynekologa (např. z důvodu změny registrace), požádejte o jejich potvrzení také tohoto lékaře.*

Potvrzuji, že pojištěná

Příjmení a jméno  Rodné číslo  /

absolvovala v předchozích třech letech preventivní gynekologické prohlídky v těchto termínech:

Datum, podpis a razítko lékaře