

Oznámení pojistné události (pobyť v nemocnici - hospitalizace)



Vyplňte, prosím, první stranu tohoto formuláře ve všech bodech, o vyplnění Části III požádejte ošetřujícího lékaře, který Vaši hospitalizaci doporučil. V případě, že máte k dispozici propouštěcí lékařskou zprávu z hospitalizace, potom není nutné formulář předkládat ošetřujícímu lékaři. V takovém případě postačí vyplnit první stranu formuláře, přiložit lékařskou zprávu a vše zaslat na níže uvedenou adresu nejpozději 15 dnů po ukončení hospitalizace. Vyplnění tohoto formuláře neznamená automaticky přiznání nároku na pojistné plnění.

ČÁST I VYPLNÍ POJIŠTĚNÝ

	Pojistník:	Pojištěný (není-li totožný s pojistníkem):
Jméno a příjmení, titul:		
Rodné číslo nebo datum narození:		
Adresa trvalého bydliště:		
	PSČ:	PSČ:
	telefonní číslo:	telefonní číslo:
Případné pojistné plnění požaduji zaslat na: <i>Pokud výše plnění přesáhne 50.000,- Kč, je možné poukázat částku pouze na bankovní účet (vyžaduje se úředně ověřený podpis pojistníka/pojištěného na samostatném formuláři, zasílaném až po přiznání plnění). U nižších částek lze uvést adresu, na kterou má být plnění zasláno poštovní šekovou poukázkou.</i>	Účet číslo:	
	Adresu (je-li odlišná od adresy trvalého bydliště):	
Pojistná smlouva číslo:		

Nástup do nemocnice dne:	Propuštění z nemocnice dne:
Uveďte datum, kdy se objevily první potíže, pro které jste byl(a) vy nebo pojištěné dítě hospitalizován(a):	Datum:
Důvod hospitalizace:	
Byl(a) jste vy nebo pojištěné dítě v minulosti hospitalizován(a) ze stejného nebo podobného důvodu? <i>Pokud ano, uveďte, prosím, podrobnosti:</i>	

ČÁST II PROHLÁŠENÍ POJIŠTĚNÉHO

Já, níže podepsaný(á), jako pojištěný / jako zákonný zástupce pojištěného dítěte, prohlašuji, že veškeré údaje a prohlášení uvedené v tomto formuláři či jinak mnou poskytnuté v souvislosti s tímto oznámením jsou pravdivé a byly učiněny a uvedeny dle mého nejlepšího vědomí a svědomí, a beru na vědomí, že pokud by tomu tak nebylo, je pojistitel oprávněn snížit nebo odmítnout výplatu pojistného plnění.

Souhlasím výslovně s tím a zmocňuji pojistitele k tomu, aby vyžadoval, získával, přebíral a zpracovával lékařské informace a zdravotnickou dokumentaci od kteréhokoliv lékaře (který mne / pojištěné dítě ošetřoval v jakékoli záležitosti týkající se mého / jeho fyzického či duševního zdraví), a tímto tyto lékaře, v souvislosti se zjišťováním rozsahu plnění, zmocňuji a autorizuji k podávání takových informací a k zasílání zdravotnické dokumentace pojistiteli a zprošťuji je výslovně jejich povinnosti zachovávat mlčenlivost jinak jim uložené. V případě potřeby souhlasím s lékařským vyšetřením mé / jeho osoby v rozsahu stanoveném pojistitelem, které bude provedeno odborným zdravotnickým zařízením (lékařem) určeným pojistitelem. Rovněž souhlasím s tím, aby pojistitel vyžadoval a získával potřebné informace v jakékoli pojišťovně, se kterou bylo jednáno o uzavření smlouvy o životním pojištění a / nebo o pojištění mé / jeho osoby, a tímto tyto zmocňuji a autorizuji k podávání takových informací. Dále souhlasím s tím, aby pojistitel nahlížel do spisů orgánů státní správy a samosprávy týkajících se událostí, jež by mohly mít za následek vznik pojistné události.

Beru na vědomí, že mnou dobrovolně poskytnuté osobní údaje jsou nezbytné pro provedení likvidace oznámené pojistné události. Ve smyslu zákona č. 101/2000 Sb., o ochraně osobních údajů poskytnuji pojistiteli (správci) výslovný souhlas se zpracováním osobních údajů obsažených v tomto formuláři nebo jinak poskytnutých v souvislosti s tímto oznámením, včetně citlivých údajů o zdravotním stavu, a to včetně jejich předávání zajišťitelům do jiných států. Souhlas poskytnuji na celou dobu účinnosti a / nebo platnosti pojistného vztahu a dále na dobu, po kterou je pojistitel povinen údaje uchovávat podle zvláštního právního předpisu, a to vždy za účelem administrace pojistné smlouvy. Prohlašuji, že jsem byl(a) řádně informován(a) o zpracování svých osobních údajů, o svých právech a o povinnostech zpracovatelů údajů.

.....
Datum

.....
Podpis pojištěného (zákonného zástupce)

ČÁST III ZPRÁVA OŠETŘUJÍCÍHO LÉKAŘE (hospitalizace)

Případné výdaje spojené s vyplněním tohoto formuláře hradí pojištěný.

Jméno a příjmení pojištěné(ho):	
Rodné číslo:	

Hospitalizace:	Od:	Do:
Dny případné propustky:	Od:	Do:
<i>Pokud nebyla během hospitalizace propustka, prosím, proškrtněte:</i>	Od:	Do:

 Vyplňte v případě nemoci

Uveďte, prosím, přesnou slovní diagnózu onemocnění, které vedlo k hospitalizaci:	
Uveďte datum, kdy se objevily první potíže, pro které byl(a) pojištěný(á) hospitalizován(a):	Datum:
Byl(a) pojištěný(á) již v minulosti hospitalizován(a) a/nebo léčen(a) pro stejné a/nebo podobné potíže? <i>Pokud ano, uveďte podrobnosti:</i>	<input type="checkbox"/> Ne <input type="checkbox"/> Ano
Došlo v průběhu hospitalizace k jiným zdravotním obtížím nebo komplikacím?	
Popište, prosím, stručně dosavadní způsob léčby včetně plánované léčby:	

 Vyplňte v případě úrazu

Kdy a kde došlo k úrazu?	Datum:
Co uvedl(a) pojištěný(á) jako příčinu úrazu?	
Byl(a) pojištěný(á) v době úrazu pod vlivem alkoholu nebo jiných návykových látek? <i>Pokud ano, uveďte podrobnosti (koncentrace, tělní tekutina a druh NL):</i>	<input type="checkbox"/> Ne <input type="checkbox"/> Ano
Byla úrazem postižená část těla již dříve poškozena jiným úrazem nebo nějakým onemocněním? <i>Nástup do nemocnice dne:</i>	Pro puš
Uveďte datum, kdy se objevily první potíže, pro které jste byl(a) vy nebo pojištěné dítě hospitalizován(a):	
Přiložte fotokopii kompletní propouštěcí zprávy včetně fotokopii případných odborných vyšetření v souvislosti s uvedenou hospitalizací.	

..... Datum Razítko a podpis ošetřujícího lékaře
----------------	-----------------------------------------------