

Oznámení škodní události

Doručeno

Pojištění osob

Pobyt v nemocnici

Pro interní
potřeby
pojistitele

Pokyny pro uplatnění nároku na pojistné plnění v případě pobytu v nemocnici:

K vyplněnému formuláři přiložte fotokopii propouštěcí zprávy nebo potvrzení nemocnice, od kdy do kdy trvala hospitalizace a její důvod.

Uvedte čísla všech pojistných smluv, ze kterých uplatňujete nárok na pojistné plnění:											
1.	<input type="text"/>	2.	<input type="text"/>	3.	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Jméno a příjmení pojištěného:							Rodné číslo:				
Adresa trvalého bydliště:							Telefon:				
Kontaktní adresa pro tuto škodní událost:											
E-mail:											

Datum nástupu do nemocnice:											
Důvod:											
Datum propuštění z nemocnice:						Předpokládaná doba pobytu (pokud pobyt trvá):					

Název a adresa zdravotnického zařízení, ve kterém jste byl(a) hospitalizován(a):											
<input type="text"/>											
<input type="text"/>											
<input type="text"/>											
<input type="text"/>											

Prohlášení pojištěného:											
Prohlašuji, že všechny údaje uvedené v tomto oznámení nebo v informaci lékařům o mém úrazu či nemoci jsem uvedl/a úplně a pravdivě a že jsem si vědom/a důsledků nepravdivých nebo neúplných údajů. Souhlasím s tím, aby pojistitel zjišťoval a přezkoumával můj fyzický i psychický zdravotní stav u všech lékařů a zdravotnických zařízení, u kterých jsem se léčil/a, léčím nebo se budu léčit. Tento souhlas uděluji za účelem vyřizování pojistných událostí, s tím, že zmocňuji lékaře a zdravotnická zařízení k vyhotovení lékařských zpráv, provedení výpisu ze zdravotnické dokumentace nebo k jejímu zapůjčení pojistiteli, a proto zprošťuji mlčenlivosti dotazované lékaře a pracovníky zdravotnických zařízení. Beru na vědomí, že pojistitel je z hlediska zákona č. 101/2000 Sb. o ochraně osobních údajů v platném znění, správcem a zpracovatelem osobních údajů, včetně osobních údajů o mém zdravotním stavu. Souhlasím s tím, aby pojistitel tyto údaje o zdravotním stavu zpracovával po celou dobu trvání nároků z tohoto pojištění.											
Plnění poukažte na účet: _____											
V _____ dne _____ podpis pojištěného (zakonného zástupce)											