



Oznámení škodní události z pojištění pro případ hospitalizace

Číslo pojistné smlouvy: _____

Otisk razítka, datum převzetí a podpis

Vyplní pojištěný (zákonný zástupce/ opatrovník): _____

Pojištěný

Jméno: _____ Příjmení: _____ Titul: _____

Datum narození: _____ Rodné číslo: _____ Kód zdrav. pojišťovny: _____

Telefon: _____ e-mail: _____

Korespondenční adresa

Ulice: _____ Číslo popisné: _____

PSČ: _____ Obec (dodávací pošta): _____

Trpěl/a jste již dříve zdravotními problémy, které byly příčinou Vaší hospitalizace?

ANO - uveďte kdy, diagnózu, popis onemocnění či úrazu

NE

Plnění poukážte na účet číslo: _____
 poukázkou na jméno pojištěného a výše uvedenou adresu

praktický lékař, u kterého je vedena kompletní zdravotní dokumentace pojištěného

Jméno: _____ Příjmení: _____ Telefon: _____

Adresa - ulice, číslo popisné, PSČ a obec (dodávací pošta): _____

Prohlašuji, že jsem všechny otázky zodpověděl/a pravdivě a úplně, že jsem k hlášené škodní události podal/a pouze toto oznámení. Jsem si vědom/a důsledků nesprávných odpovědí na povinnost pojistitele plnit. Souhlasím, aby si pojistitel vyžádal veškerou potřebnou zdravotní dokumentaci o mém léčení a zdravotním stavu. Svým podpisem zprošťuji lékaře a zaměstnance zdravotnických zařízení a úřadů (zdravotních pojišťoven, finančních úřadů, úřadů sociálního zabezpečení atd.) povinnosti mlčenlivosti a zmocňuji je k poskytnutí potřebných informací pojistiteli k ukončení likvidace pojistné události.

Uveďte, zda se v době vzniku škodní události vztahovala některá další pojištění na pojistné riziko, z něhož uplatňujete pojistné plnění ANO NE

Pokud ano, uveďte názvy pojistitelů a jejich pojistné částky: _____

V dne

Podpis pojištěného (zákonného zástupce/ opatrovníka)

Poplatek za vyplnění této zprávy hradí pojištěný

Vyplní lékař: _____

Část 1- na počátku hospitalizace

Datum příjmu k hospitalizaci: _____ a čas: _____

Hlavní diagnóza: slovy:

Ostatní diagnózy:

Léčil se pacient pro toto onemocnění nebo úraz již dříve? ANO - uveďte datum kdy bylo onemocnění poprvé diagnostikováno:

NE

Měly na důvod hospitalizace vliv návykové látky? ANO NE

Hospitalizace z důvodu: pracovní úraz úraz zaviněný jinou osobou nemoc z povolání

ostatní

Část 2 – v průběhu hospitalizace (při žádosti o zálohu)

K dnešnímu dni _____ hospitalizace trvá

V dne

Razítko a podpis ošetřujícího lékaře
(Název a adresa zdravotnického zařízení)

Vyplní lékař: _____

Část 3 – při ukončení hospitalizace

Datum ukončení hospitalizace: a čas:

Došlo ze strany pojištěného k porušení léčebného režimu? ANO NE

V dne

.....
Razítko a podpis ošetřujícího lékaře
(Název a adresa zdravotnického zařízení)

Požadovaná dokumentace:

- a) vyplněný formulář oznámení škodní události
- b) kopie propouštěcí zprávy