

# 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.**

Uveďte čísla všech pojistných smluv, ze kterých uplatňujete nárok na pojistné plnění:					
1.		2.		3.	
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):

**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)