

## Oznámení škodné 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"/>           |
| Jméno a příjmení pojištěného:   | Rodné číslo: <input type="text"/> |
| Adresa trvalého bydliště:   | Telefon: <input type="text"/>     |
| Kontaktní adresa pro tuto škodnou událost:  |                                   |
| E-mail: <input type="text"/>  |                                   |

|                               |   |
|-------------------------------|---|
| 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 poukážte na účet: \_\_\_\_\_

V \_\_\_\_\_ dne \_\_\_\_\_ podpis pojištěného (zakonného zástupce)