



# Oznámení škodné události z pojištění pro případ hospitalizace

Číslo pojistné smlouvy: \_\_\_\_\_

Otisk razítka, datum převzetí a podpis

Vyplní pojištěný/zákonný zástupce: \_\_\_\_\_

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 škodné 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 škodné 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)

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 škodné události
- b) kopie propouštěcí zprávy