

Vyplněný fomulář včetně příloh zašlete na adresu: [bibova@platinum.cz](mailto:bibova@platinum.cz)



## Oznámení škodné události z pojištění pro případ hospitalizace

Číslo pojistné smlouvy   
Platnost pojištění

### Pojištěný

Jméno pojištěného  RČ/Dat. narození   
Adresa   
E-mail  Telefon

### Oznamovatel škody

**Vyplňte v případě, že pojištěný není shodný s oznamovatelem**

Jméno  RČ/Dat. narození   
Adresa   
E-mail  Telefon

Prodělal jste již dříve onemocnění/úraz, kvůli kterému jste byl hospitalizován? ANO  NE   
Uvedte podrobnosti (popis onemocnění, diagnózu, termín)

Datum přijetí k hospitalizaci a čas   
Datum propuštění a čas

Jméno, adresa a kontaktní údaje praktického lékaře, který vede zdravotní dokumentaci

Máte sjednáno pojištění hospitalizace také u jiného pojistitele? ANO  NE   
Pokud ano, uveďte pojistitele?

Bankovní účet pro výplatu plnění

Prohlašuji, že jsem uvedl/a veškeré informace a okolnosti pravdivě. Jsem si vědom/a toho, že pokud by mnou uvedené údaje byly obráceny v opak, budu čelit všem z toho vyplývajícím právním následkům.  
Zprošťuji lékaře slibu mlčenlivosti a souhlasím, aby pojistitel pro potřeby řešení škodné události vyžádal kompletní dokumentaci o mém zdravotním stavu a léčení. Souhlasím, aby ošetřující lékař zapůjčil pojistiteli mou zdravotní dokumentaci, příp. z ní vyhotovil výpis pro potřeby řešení škodné události a aby vyhotovil lékařské zprávy.

Zplnomocňuji pojistitele k případnému vyžádání podkladů u policie, správních orgánů a jiných pojišťoven.

V  dne

Podpis pojištěného nebo oprávněného zástupce

Doložte propouštěcí lékařskou zprávu.