

Vyplněný fomulář včetně příloh zašlete na adresu: 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

Uveďte podrobnosti (popis onemocnění, diagnózu, termín)

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

Poplatek za vyplnění této zprávy hradí pojištěný

VYPLNÍ LÉKAŘ

Datum hospitalizace od: do:

Důvod hospitalizace
nemoc z povolání úraz zaviněný někým jiným
pracovní úraz ostatní

Diagnóza

Popis

Byl pacient již dříve léčen pro stejné onemocnění/úraz?
Pokud ano, uveďte kdy bylo onemocnění poprvé diagnostikováno
Byl pacient hospitalizován v důsledku vlivu návykových látek?
Porušil pacient lékařem stanovený léčebný režim?

ANO <input type="checkbox"/>	NE <input type="checkbox"/>
<input style="width: 100%; height: 15px;" type="text"/>	
ANO <input type="checkbox"/>	NE <input type="checkbox"/>
ANO <input type="checkbox"/>	NE <input type="checkbox"/>

V dne

Podpis a razítko ošetřujícího lékaře

Požadovaná dokumentace:
a) vyplněný formulář oznámení škodné události
b) kopie podrobné propouštěcí zprávy