Allianz pojišťovna, a. s.
Ke Štvanici 656/3, 186 00 Praha 8

Allianz

Oznámení škodné události

Pojištění osob

Pobyt v nemocnici

Doručeno

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 škodnou 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)

02 / 02.2009