

Oznámení pojistné události – Hospitalizace

Pokyny pro vyplnění formuláře:

1. Vyplňte formulář **ve všech bodech**. **Nezapomeňte vyplnit číslo pojistné smlouvy.**
2. U políček s možností volby označte platnou odpověď křížkem.
3. V případě jakýchkoli nejasností při vyplňování formuláře nás můžete kontaktovat na bezplatné informační lince Klientského servisu 800 10 66 10 nebo se můžete obrátit na svého poradce.
4. Oznámení zašlete doporučeně na adresu: **Komerční pojišťovna, a. s., Palackého 53, 586 01 Jihlava.**
5. **Přiložte potvrzení lékaře o hospitalizaci s následujícími údaji:**
 - datum příjmu
 - datum propuštění
 - dny propustky – za toto období Komerční pojišťovna neposkytuje pojistné plnění
 - diagnóza (číselně dle MKN a slovně)
 - kdy bylo toto onemocnění diagnostikováno, popřípadě kdy byl pacientovi doporučen operační zákrok (uveďte datum, adresu zdravotnického zařízení a jméno lékaře)
 - datum vystavení
 - razítko a podpis lékaře
6. Pokud je/byla událost šetřena Policií ČR, doložte ze šetření okolností události.
7. V případě hospitalizace následkem úrazu, doložte lékařskou zprávu z prvního ošetření úrazu.

ÚDAJE O POJIŠTĚNÉM			
Název pojištění:			
Číslo pojistné smlouvy:			
Příjmení a jméno:		Rodné číslo:*	
Místo narození:	Státní občanství:	Pohlaví:	☐ Muž ☐ Žena
Stát narození:		Forma pobytu:	☐ Trvalý ☐ Jiný
Adresa trvalého bydliště včetně státu:			
Korespondenční adresa (liší-li se od adresy trvalého bydliště):			
Číslo průkazu totožnosti:		Druh průkazu totožnosti: ☐ Pas ☐ Jiný	
Orgán, který průkaz totožnosti vydal:		E-mail:	
Platnost průkazu od __ / __ / __ do __ / __ / __		Telefon:	
Aktuální povolání:			
Povolání v době nemoci / úrazu:			
Jste registrovaný sportovec?			
☐ Ano ☐ Ne			
Pokud ano, ve kterém sportu, v jaké soutěži?			
Pokud jste registrovaný sportovec, provozujete registrovaný sport aktivně?			
☐ Ano ☐ Ne			

PŘÍČINA HOSPITALIZACE

K hospitalizaci došlo následkem:

- ☐ Nemoci
- ☐ Úrazu - doložte lékařskou zprávu z prvního ošetření úrazu

Datum úrazu |_|_|/|_|_|/|_|_|_|_|

Stal se úraz při sportovní nebo tělovýchovné činnosti?

☐ Ano☐ Ne

Pokud ano, uveďte, zda byla organizována a kým:

Byly okolnosti události vyšetřovány Policií ČR? (Pokud ano, doložte zprávu ze šetření události, případně uveďte adresu útvaru, který záležitost šetřil):

Podrobný popis průběhu a okolností úrazu:

ÚDAJE PRO VÝPLATU POJISTNÉHO PLNĚNÍ****Žádám o výplatu pojistného plnění z výše uvedené pojistné smlouvy. Pojistné plnění poukažte:**

- ☐ převodem na existující smlouvu (uveďte číslo smlouvy):
- ☐ na běžný účet (pojistné plnění nelze převádět na termínovaný nebo spořicí účet), účet musí být veden na území České republiky:
Číslo účtu / kód banky:
- Jedná se o účet, jehož jste oprávněným vlastníkem? Pokud ne, uveďte prosím vlastníka účtu a vztah pojištěného / zákonného zástupce k němu: ☐ Ano ☐ Ne
- ☐ na adresu (uveďte jméno, příjmení, ulice, číslo orientační a popisné, PSČ, obec), adresa musí být na území ČR:

Jedná-li se o jinou než trvalou či korespondenční adresu, uveďte prosím důvod zaslání právě na tuto adresu:

PROHLÁŠENÍ A ZMOCNĚNÍ

Prohlašuji, že jsem byl seznámen/a s definicí politicky exponované osoby ve smyslu zákona č. 253/2008 Sb., a že
☐ jsem *** ☐ nejsem politicky exponovanou osobou nebo jejích osobou blízkou.

Žádám o plnění z pojistné události a prohlašuji, že všechny údaje v tomto Oznámení jsem uvedl/a úplně a pravdivě. Jsem si vědom/a, že neúplné a nesprávné odpovědi mají vliv na plnění pojišťovny. Souhlasím s tím, aby si pojišťovna vyžádala o mém léčení a zdravotním stavu veškerou potřebnou dokumentaci. V souladu se zněním zákona č. 101/2000 Sb., o ochraně osobních údajů, v platném znění (dále jen zákon), uděluji pojistiteli jako správci souhlas se zpracováním osobních a citlivých údajů o mé osobě, které jsou uvedeny v pojistné smlouvě, či které správce získal v souvislosti s plněním práv a povinností obsažených ve smlouvě. Současně uděluji tento souhlas i zpracovateli, se kterým pojistitel uzavřel smlouvu. Tento souhlas uděluji na celou dobu existence vzájemných závazků vyplývajících nebo souvisejících s pojistnou smlouvou. Prohlašuji, že osobní údaje poskytnuté ke zpracování jsou pravdivé a přesné. Jakoukoliv jejich změnu se zavazuji sdělit pojistiteli bez zbytečného odkladu.

Datum

Podpis pojištěného / zákonného zástupce

Totožnost žadatele byla ověřena dle občanského průkazu resp. cestovního pasu.

Jméno a příjmení zástupce pojišťovny

Podpis zástupce pojišťovny

Název společnosti

Kód prodejce

Číslo registrace ČNB

Telefon

* vyplní se datum narození, nebylo-li rodné číslo v ČR přiděleno

** **pojistné plnění lze vyplatit vždy pouze na jednu adresu nebo na jeden bankovní účet** (není možné plnění zasílat na více adres či účtů)

*** pokud je vaše odpověď kladná, zašlete nám také vyplněný dokument **Čestné prohlášení politicky exponovaná osoba**

Vyplní nemocnice nebo praktický lékař

ÚDAJE O PACIENTOVI

Příjmení a jméno:

Rodné číslo*: |_|_|_|_|_|_| / |_|_|_|_|_|

ÚDAJE O HOSPITALIZACI

Datum příjmu: |_|_|_|/|_|_|_|/|_|_|_|_|_|

Datum propuštění: |_|_|_|/|_|_|_|/|_|_|_|_|_|

Dny propustky:

Diagnóza podle WHO:

Diagnóza slovy:

ÚDAJE O LÉKAŘI A NEMOCNICI

Název nemocnice:

Datum vystavení: |_|_|_|/|_|_|_|/|_|_|_|_|_|

Razítko nemocnice / lékaře_____
Podpis lékaře**Přiložte, prosím, kopii propouštěcí zprávy.**