

## 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**

ÚDAJE O POJIŠTĚNÉM	
Název pojištění:	
Číslo pojistné smlouvy:	
Příjmení a jméno:	Rodné číslo:*
Místo narození:	Pohlaví: <input type="checkbox"/> Muž <input type="checkbox"/> Žena
Státní občanství:	Forma pobytu: <input type="checkbox"/> Trvalý <input type="checkbox"/> Jiný
Adresa trvalého bydliště:	
Korespondenční adresa (liší-li se od adresy trvalého bydliště):	
Číslo průkazu totožnosti:	Druh průkazu totožnosti: <input type="checkbox"/> Pas <input type="checkbox"/> Jiný
Orgán, který průkaz totožnosti vydal:	E-mail:
Platnost průkazu od  _ _ / _ _ / _ _ _ _  do  _ _ / _ _ / _ _ _ _	Telefon:
PŘÍČINA HOSPITALIZACE	
K hospitalizaci došlo následkem:	
<input type="checkbox"/> Nemoci	
<input type="checkbox"/> Úrazu	
Datum úrazu  _ _ / _ _ / _ _ _ _	
Stal se úraz při sportovní nebo tělovýchovné činnosti? <input type="checkbox"/> Ano <input type="checkbox"/> Ne	
Pokud ano, uveďte, zda byla organizována a kým:	
Byly okolnosti úrazu vyšetřovány Policií ČR? (Pokud ano, 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 (uvedte 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  Ano  Ne  
pojištěného / zákonného zástupce k němu:
- na adresu (uvedte 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**

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. Dále souhlasím s předáváním mých osobních údajů do jiných států v rámci zajišťovací činnosti. 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)**

## Vyplní nemocnice

ÚDAJE O PACIENTOVI	
Příjmení a jméno:	
Rodné číslo*:  _ _ _ _ _ _ _  /  _ _ _ _ _	Datum příjmu:  _ _ / _ _ / _ _ _ _
ÚDAJE O HOSPITALIZACI	
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.