



Presentační razítko

Číslo pojistné události (vyplní pojišťovna):

HLÁŠENÍ POJISTNÉ UDÁLOSTI - HOSPITALIZACE

1. Právo na pojistné plnění podle ujednání pojistné smlouvy vzniká:
za pobyt v nemocnici, jestliže jeho délka je minimálně 6 dní, nejdéle však 365 dnů pro stejnou diagnózu, avšak pouze do 2 let od počátku hospitalizace.
2. Vyplňte všechna čísla pojistek, kterými jste pojištěn(a) pro případ hospitalizace u České podnikatelské pojišťovny, a.s. a předložte toto hlášení neprodleně po ukončení hospitalizace ošetřujícím lékařem z nemocničního zařízení k doplnění. Bez uvedení čísel pojistek a podpisu pojištěného nelze pojistnou událost vyřídit.
3. Ke každé hospitalizaci vyplňte pouze jedno hlášení.
4. Nestačí-li místo v hlášení hospitalizace pro požadované údaje, uveďte je zvlášť v rámečku na druhé straně hlášení.

POJIŠTĚNÝ	Číslo(a) pojistné(ých) smlouvy(uy):										
Titul, jméno a příjmení:											
Rodné číslo:	<table border="1"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>										
Ulice:	PSČ, místo:										
Telefon:											
ÚDAJE O HOSPITALIZACI	Datum hospitalizace: od: do:										
Místo:											
Důvod hospitalizace (u úrazu rozveďte podrobně - při jaké činnosti):											
Vaše zdravotní pojišťovna:											
Jméno a adresa Vašeho praktického lékaře:											
Název a adresa nemocnice, kde jste byl(a) hospitalizován(a):											
Doklady dokazující vznik pojistné události (lékařské potvrzení atd.):											
PROHLÁŠENÍ A ZMOCNĚNÍ Prohlašuji, že jsem na všechny otázky odpověděl(a) pravdivě a úplně a že jsem si vědom(a) důsledků nesprávných odpovědí na povinnost pojišťovny plnit. Souhlasím s tím, aby si pojišťovna vyžádala k pojistné události veškerou potřebnou dokumentaci.											

Pojistné plnění poukažte:

na adresu:

na účet č.: kód banky:

V dne
..... podpis pojištěného

Použijte pro údaje, pro které nestačily předtištěné rubriky:

ZPRÁVA OŠETŘUJÍCÍHO LÉKAŘE

Upozornění pro lékaře:

1. Odměnu za vyplnění tohoto tiskopisu Vám uhradí pojištěný (oprávněný), kterému její přijetí potvrdíte stvrzenkou.
2. Prosíme o **čitelné** vyplnění všech údajů.
3. Pokud nestačí pro požadované údaje místo v předtištěných rubrikách, použijte rámečku na druhé straně tohoto tiskopisu nebo samostatného papíru.

Ošetřující lékař potvrzuje, že pojištěný, který je uveden na první a druhé straně tohoto oznámení byl hospitalizován z níže uvedených důvodů:

Kdy došlo (podle zdravotní dokumentace) k hospitalizaci? Dne		v hod
Diagnóza nemoci nebo zranění (česky), pro kterou byl pojištěný hospitalizován:		
Kód diagnózy podle MKN - 10:	Kdy byla uvedená nemoc u klienta poprvé diagnostikována (uveďte přesné datum)?	
Odpovídá hospitalizace a její rozsah údajům na straně 1 a 2 tohoto hlášení ?		
Způsob a druh ošetření, podrobně popište (u rehabilitace udejte výsledky, jak často a dlouho byla prováděna):		
Kde byl pojištěný hospitalizován?	od	do
Operace (operační nález):		
Skutečná doba hospitalizace byla	od	do
Došlo-li k prodloužení doby léčení v důsledku komplikací, uveďte o jaké komplikace šlo:		
Uveďte datum, kdy došlo k ustálení zdravotního stavu bez dalšího funkčního zlepšení		
Celková doba hospitalizace trvala	od	do
Došlo k hospitalizaci následkem požití alkoholu nebo návykových látek ? ano ne		
Pokud ano, uveďte o jaký druh návykové látky pravděpodobně šlo:		
V krvi bylo zjištěno ‰ alkoholu. Do jaké míry požitý alkohol nebo návyková látka ovlivnily chování, zdravotní stav a délku hospitalizace pojištěného ?		
Bylo příčinou hospitalizace úmyslné sebepoškození ?		ano ne
Jiná sdělení lékaře:		
V dne podpis lékaře a razítko s uvedením oddělení nemocnice, její přesná adresa a telefon

ZÁZNAMY POJIŠŤOVNY O LIKVIDACI POJISTNÉ UDÁLOSTI

Pojistné plnění za pobyt v nemocnici:

Pojistná událost ověřena na základě přiložených dokladů (originál/kopie):

.....
Délka pobytu v nemocnici dní Pojistná částka denního odškodného: Kč
Krácení pojistného plnění: % Vyplacená záloha ve výši: Kč
Plnění ve výši (po odečtení vyplacené zálohy): Kč

Likvidace pojistné události dne:

Podpis likvidátora:

Podpis revidujícího:

Hospitalizace pro stejnou DG č.:

Číslo PU včetně pořadového:

Datum PU: od do

Počet dní:

Výše plnění: Kč