

OZNÁMENIE ŠKODOVEJ UDALOSTI z pripoistenia hospitalizácie poisteného v dôsledku úrazu alebo choroby

Číslo škodovej udalosti: _____

Poistník - meno, priezvisko alebo názov firmy, IČO:	Číslo poistnej zmluvy, z ktorej si uplatňujete nárok na poistné plnenie:	
Poistený - meno, priezvisko:	Rodné číslo poisteného:	Číslo ID (doklad totožnosti):
Adresa poisteného:	Tel. č. poisteného:*	
	E-mail poisteného:**	
Povolanie (uveďte súčasné povolanie):	Zamestnávateľ - názov, adresa:	
Zákonný zástupca - meno, priezvisko a adresa (prosíme vyplniť, ak poistený nie je plnoletý):	Vzťah k poistenému (matka, otec, ...):	

*pre účel odoslania SMS notifikácie o uzavretí škodovej udalosti **pre účel elektronickej komunikácie pri likvidácii škodových udalostí

Uveďte meno a adresu Vášho ošetrojúceho lekára, príp. odborných lekárov, ktorí majú záznamy o Vašom zdravotnom stave:

Dátum začiatku hospitalizácie:	Dátum ukončenia hospitalizácie:
Názov a adresa nemocnice, kde bol poistený hospitalizovaný:	
Išlo o hospitalizáciu z dôvodu: <input type="checkbox"/> choroby <input type="checkbox"/> úrazu <input type="checkbox"/> komplikácií v tehotenstve <input type="checkbox"/> pôrodu	
Je dátum začiatku hospitalizácie zhodný s dátumom vzniku choroby / úrazu / komplikácií v tehotenstve? <input type="checkbox"/> áno <input type="checkbox"/> nie Ak nie, uveďte presný dátum a hodinu vzniku choroby / úrazu / komplikácií v tehotenstve:	
Miesto a adresa prvého lekárskeho ošetrovania (ak bolo ošetrovanie poskytnuté v inom zdravotníckom zariadení, t.j. nie v nemocnici, kde bol poistený hospitalizovaný):	
Opíšte podrobne spôsob a okolnosti vzniku choroby / úrazu / komplikácií v tehotenstve:	
Boli ste už niekedy pred uzavretím poistnej zmluvy hospitalizovaný v súvislosti s chorobou, ktorá bola dôvodom hospitalizácie? <input type="checkbox"/> áno <input type="checkbox"/> nie Ak áno, uveďte dátum hospitalizácie (od - do) a adresu nemocnice, kde sa hospitalizácia uskutočnila:	
Boli ste už niekedy v čase pred uzavretím poistnej zmluvy liečený, lekársky sledovaný alebo vyšetrovaný v súvislosti s chorobou, ktorá bola dôvodom hospitalizácie? <input type="checkbox"/> áno <input type="checkbox"/> nie Ak áno, uveďte, kedy Vám bola táto choroba diagnostikovaná prvý raz a meno a adresu lekára, príp. zdravotníckeho zariadenia, ktoré chorobu diagnostikovalo:	
Ak bol dôvodom hospitalizácie úraz, došlo k nemu pri: <input type="checkbox"/> pracovnej činnosti - presný druh vykonávanej práce _____ <input type="checkbox"/> mimopracovnej činnosti - akej _____ <input type="checkbox"/> športovej činnosti - presný druh športu _____	
Máte v inej poisťovni platné poistenie, z ktorého vyplýva nárok na plnenie v prípade hospitalizácie v dôsledku úrazu alebo choroby? <input type="checkbox"/> áno <input type="checkbox"/> nie Ak áno, uveďte názov poisťovne, názov poistenia a dennú dávku, na ktorú máte nárok:	

