

OZNÁMENÍ HOSPITALIZACE

Pokyny pro pojištěného/zákonného zástupce:

- Po ukončení hospitalizace resp. při žádosti o zálohové plnění vyplňte **část I.** tohoto formuláře. O vyplnění **části II.** požádejte ošetřujícího lékaře ze zdravotnického zařízení, ve kterém jste byl/a hospitalizován/a a vyplněný formulář zašlete na adresu pojistitele, uvedenou v záhlaví. Při oznámení ukončení hospitalizace musí být vždy přílohou tohoto oznámení kopie **propouštěcí zprávy**.
- Za vyplnění formuláře uhradíte lékaři požadovaný honorář. Doklad o zaplacení zašlete spolu s hlášením a do výše 100 Kč Vám bude proplacen spolu s pojistným plněním.

Část I. (Vyplní pojištěný/zákonný zástupce)

Pojištěný

Jméno a příjmení, titul..... Telefon

Rodné číslo Zdravotní pojišťovna.....

Adresa.....

Číslo všech smluv s pojištěním hospitalizace.....

Jméno, příjmení, adresa a telefon praktického lékaře.....

Zákonný zástupce (případně osoba oprávněná k převzetí pojistného plnění dohodnutá na pojistné smlouvě, není-li toho pojištěný schopný pro svůj zdravotní stav):

Jméno a příjmení, titul..... Telefon

Rodné číslo Adresa.....

Prohlášení pojištěného

Souhlasím, aby Česká podnikatelská pojišťovna, a.s., Vienna Insurance Group (dále jen „pojistitel“) zjišťovala pro potřebu šetření pojistné události můj zdravotní stav (pojištěného) a přezkoumávala ho u všech lékařů a zdravotnických zařízení, u kterých jsem se dosud léčil, léčím nebo se budu léčit. Opravňuji dotazované lékaře, zdravotnická zařízení a zdravotní pojišťovny tyto informace výše uvedenému pojistiteli poskytnout. V souladu s ustanovením § 5 odst. 5 a § 9 písm. a) zákona č. 101/2000 Sb., o ochraně osobních údajů a o změně některých zákonů v platném znění (dále jen „zákon“), souhlasím se zpracováním a využitím mých osobních a citlivých údajů o zdravotním stavu. Tento souhlas dávám ve prospěch pojistitele, a to v rámci jeho činnosti v pojišťovnictví po dobu nezbytně nutnou k zajištění výkonu práva a plnění povinností plynoucích z pojistné smlouvy. Informace o zpracovávaných osobních a citlivých údajích bude poskytována v souladu s § 12 zákona a ochrana práv subjektu údajů bude zabezpečena v souladu s § 21 zákona.

*Pojistné / *zálohové plnění poukážte: *na účet číslo: kód banky.....

*poukázkou na jméno a adresu:

V..... dne..... Podpis pojištěného (zákonného zástupce)

Část II. (Vyplní lékař)

Datum příjmu k hospitalizaci

Důvod hospitalizace (u úrazu rozvedte podrobně při jaké činnosti)

Hlavní diagnóza Slovy.....

Došlo-li k prodloužení doby léčení v důsledku komplikací, uveďte o jaké komplikace se jednalo

Propustka od do Datum ukončení hospitalizace

Bylo vystaveno potvrzení pracovní neschopnosti pro ČSSZ? *ANO *NE

Měly na důvod hospitalizace vliv návykové látky? *ANO *NE

Jedná se o opakovanou hospitalizaci pro stejnou diagnózu? *ANO *NE

Hospitalizace byla způsobena : *Pracovním úrazem *Úrazem zaviněným jinou osobou *Nemocí z povolání

Název a adresa zdravotnického zařízení.....

.....Telefon

V..... dne.....

Jméno lékaře (hůlkovým písmem)Razítko a podpis lékaře.....

Pojistitel upozorňuje, že ten, kdo při uplatnění nároku na plnění z pojistné smlouvy uvede nepravdivé nebo hrubě zkreslené údaje nebo podstatné údaje zamlčí, vystavuje se možnosti postihu podle trestního zákona.

*nehodící se škrtněte

T.č. PU05 (NV05/2008)