



Česká podnikatelská pojišťovna, a.s., Vienna Insurance Group  
 Pobřežní 665/23, 186 00 Praha 8, IČ: 63998530, klientská linka: 841 444 555

Adresa pro zasílání korespondence: Česká podnikatelská pojišťovna, a.s., Vienna Insurance Group, P.O.BOX 28, 664 42 Modřice

## HLÁŠENÍ 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**.
- V případě pojistné události dítěte, které je pojištěno pojistnou smlouvou dospělé osoby, doložte **kopii rodného listu** pojištěného dítěte popř. rozhodnutí soudu o osvojení či rozhodnutí soudu o přidělení dítěte do péče prvním pojištěnému jako poručníkov.
- Za vyplnění formuláře uhradte lékaři požadovaný honorář. Doklad o zaplacení zašlete spolu s hlášením a do výše 200 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 resp. připojištěním 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 poukažte: \*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 rozveďte 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

Byl/a pojištěnému přiznán/a: \* Invalidita – stupeň..... \*Předčasný důchod \*Starobní důchod

Datum přiznání:.....

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 zamílčí, vystavuje se možnosti postihu podle trestního zákona.