

## Oznámení pojistné události Hospitalizace a doprovod dítěte do 18 let v nemocnici

### 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 spolu s dalšími přílohami zašlete na adresu: **Komerční pojišťovna, a. s., Palackého 53, 586 01 Jihlava.**
5. Vaši identifikaci může při sepisování tohoto oznámení pojistné události zajistit Váš poradce nebo si ji můžete zajistit na obecním úřadě s rozšířenou působností, krajském úřadě, u notáře nebo na Czech POINTu.

### ÚDAJE O POJIŠTĚM DÍTĚTI

Příjmení a jméno:	Rodné číslo (není-li, uveďte datum narození) <sup>1)</sup> :
Místo narození:	Pohlaví: <input type="checkbox"/> Muž <input type="checkbox"/> Žena
Stát narození:	Státní občanství:
Adresa trvalého nebo jiného pobytu včetně státu:	Forma pobytu: <input type="checkbox"/> Trvalý <input type="checkbox"/> Jiný

### ÚDAJE O POJIŠTĚNÉM / ZÁKONNÉM ZÁSTUPCI

Příjmení a jméno:	Rodné číslo (není-li, uveďte datum narození) <sup>1)</sup> :
Místo narození:	Pohlaví: <input type="checkbox"/> Muž <input type="checkbox"/> Žena
Stát narození:	Státní občanství:
Adresa trvalého nebo jiného pobytu včetně státu:	Forma pobytu: <input type="checkbox"/> Trvalý <input type="checkbox"/> Jiný

Korespondenční adresa (bydliště, liší-li se od adresy trvalého nebo jiného pobytu):

E-mail:	Telefon:
Preferovaný způsob komunikace:	<input type="checkbox"/> e-mail <input type="checkbox"/> pošta
Číslo průkazu totožnosti:	Druh průkazu totožnosti: <input type="checkbox"/> OP <input type="checkbox"/> Jiný <sup>3)</sup> (uveďte) .....
Orgán, který průkaz totožnosti vydal:	Platnost průkazu od ____/____/____ do ____/____/____
Politická expozice <sup>2)</sup> :	<input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne

### HOSPITALIZACE

K hospitalizaci došlo následkem:

 Nemoci  Úrazu

Datum úrazu \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Stal se úraz při sportovní nebo tělovýchovné činnosti?  Ano  Ne

Pokud ano, uveďte, zda byla organizována a kým:

Byly okolnosti události vyšetřovány Policií ČR? (Pokud ano, doložte zprávu ze šetření události, případně uveďte adresu útvaru, který záležitost šetřil):

Podrobný popis průběhu a okolností úrazu:

### ÚDAJE O POJIŠTĚNÍ U OSTATNÍCH POJIŠŤOVEN

Máte uzavřenou vy nebo pojištěné dítě pojistnou smlouvu u jiné pojišťovny na stejné pojistné nebezpečí?  ano  ne

Pokud ano, uveďte název pojišťovny, pojistnou částku (limity plnění) a zda uplatňujete nárok na plnění z důvodu stejné události z tohoto pojištění.

### DOPROVOD RODIČE / ZÁKONÉHO ZÁSTUPCE

Pobyt v nemocnici, na základě rozhodnutí lékaře:

- Byl s doprovodem rodiče (zákonného zástupce)  
 Nebyl s doprovodem rodiče (zákonného zástupce)

### PŘILOŽENÉ DOKUMENTY

- Potvrzení lékaře o hospitalizaci  Propouštěcí zpráva  
 Operační protokol  Kopie protokolu Policie  
 Lékařská zpráva z prvního ošetření v případě hospitalizace úrazem  Zdravotní dokumentace  
 Jiné:

### ÚDAJE PRO VÝPLATU POJISTNÉHO PLNĚNÍ

Žádám o výplatu pojistného plnění z výše uvedené pojistné smlouvy. Pojistné plnění poukažte:

Číslo účtu \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ (kód banky)

Jedná se o účet, jehož jste oprávněným vlastníkem?  ano  ne

Pokud ne, uveďte prosím vlastníka účtu a Váš vztah k němu. Dle zákona o platebním styku nejsme oprávněni vyplácet peněžní prostředky na bankovní účty, jejichž vlastníky nejsou oprávněné osoby.:

Adresa (uveďte jméno, příjmení, ulici, číslo orientační a popisné, PSČ, místo – poštu), adresa musí být na území České republiky:  
Jedná-li se o adresu jinou než trvalého nebo jiného pobytu či korespondenční adresu, uveďte současně prosím důvod zaslání právě na tuto adresu.

**PROHLÁŠENÍ, PODPISY 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 pojistovny.

Souhlasím, aby pojistitel, tj. Komerční pojišťovna, a.s., v souladu s občanským zákoníkem sama nebo další jí určené osoby uvedené v Informačním memorandu nebo prostřednictvím pověřeného lékaře získávala údaje o mém zdravotním stavu nebo o zdravotním stavu mého dítěte, včetně jakékoliv zdravotnické dokumentace, od mého nebo jeho lékaře, zdravotní pojišťovny či jakéhokoli orgánu veřejné moci či jiného pojistitele, u kterých mám já nebo pojištěné dítě podle dostupných informací sjednáno životní nebo úrazové pojištění. Zmocňuji pojišťovnu nebo pojištěné dítě nás tímto zmocňuje (resp. Vy jako zákonný zástupce nás jeho jménem zmocňujete), abychom si od těchto osob či orgánů zjišťovali informace o mém zdravotním stavu nebo o jeho zdravotním stavu, nahlíželi do mé nebo jeho zdravotnické dokumentace a jiných záznamů o mém zdravotním stavu, pořizovali z nich výpisy či opisy, a to i po mé smrti nebo po jeho smrti. Pro účely tohoto zmocnění a v jeho rozsahu zprošťuji nebo pojištěné dítě zprošťuje uvedené osoby a orgány jejich zákonné či smluvní povinnosti mlčenlivosti, a to i ve smyslu zákona číslo 372/2011 Sb., o zdravotních službách.

**Pojistitel si vyhrazuje právo na možnost vyžádání si dalších dokumentů nezbytných pro vyřízení pojistného nároku.**

Poskytuji souhlas k zasílání sdělení týkajících se stavu a výsledků šetření pojistné události s využitím prostředků elektronické komunikace (např. e-mail, SMS) na kontakty, které jsem uvedl/a v tomto oznámení pojistné události. Odesláním oznámení pojistné události e-mailem beru na vědomí, že se jedná o nebezpečný komunikační kanál a odpovědnost za zaslání osobní údaje přebírá pojistitel až jejich přijetím na jeho poštovní server.

Dále **souhlasím / nesouhlasím\*** s aktualizací osobních údajů (zejména e-mailové adresy, telefonního kontaktu, korespondenční nebo trvalé adresy), které o mně nebo pojištěných osobách pojistitel zpracovává, pokud se tyto údaje nebudou shodovat s údaji uvedenými v tomto oznámení.

Datum

Jméno a příjmení pojistníka / zákonného zástupce

Podpis pojistníka / zákonného zástupce 4)

Datum

Jméno a příjmení pojištěného/ zákonného zástupce

Podpis pojištěného / zákonného zástupce 4)

**Potvrzuji, že jsem totožnost žadatele ověřil/a dle průkazu totožnosti.**

Jméno a příjmení zástupce pojišťovny

Podpis zástupce pojišťovny

Název společnosti

Kód společnosti

IČ poradce

Kód poradce

Telefon poradce

E-mail poradce

- 1) vyplní se datum narození, nebylo-li rodné číslo v ČR přiděleno
- 2) pokud jste politicky exponovanou osobou, je nutné doložit formulář „Čestné prohlášení o PEP“
- 3) uveďte Povolení k pobytu, pas, Řidičský průkaz, atp.
- 4) totožnost pojistníka/ zákonného zástupce / opatrovníka / zákonného zástupce na základě zmocnění byla před podpisem žádosti ověřena dle průkazu totožnosti
- \*) nehodící se škrtněte

**Vyplní nemocnice nebo praktický lékař****ÚDAJE O PACIENTOVI**

Příjmení a jméno dítěte

Rodné číslo\*: |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_| / |\_|\_|\_|\_|\_|

Příjmení a jméno zákonného zástupce:

Rodné číslo\*: |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_| / |\_|\_|\_|\_|\_|

**ÚDAJE O HOSPITALIZACI**

Datum příjmu: |\_|\_|\_|/|\_|\_|\_|/|\_|\_|\_|\_|\_|\_|

Datum propuštění: |\_|\_|\_|/|\_|\_|\_|/|\_|\_|\_|\_|\_|\_|

Dny propustky:

Diagnóza podle WHO (kód diagnózy):

Diagnóza slovy:

Kdy bylo toto onemocnění diagnostikováno, případně kdy byl pacientovi doporučen operační zákrok (uvedte datum, adresu zdravotnického zařízení a jméno lékaře)

**ÚDAJE O DOPROVODU / ZÁKONNÉM ZÁSTUPCI**

Datum příjmu: |\_|\_|\_|/|\_|\_|\_|/|\_|\_|\_|\_|\_|\_|

Datum propuštění: |\_|\_|\_|/|\_|\_|\_|/|\_|\_|\_|\_|\_|\_|

Dny propustky:

**ÚDAJE O LÉKAŘI A NEMOCNICI**

Název nemocnice:

Datum vystavení: |\_|\_|\_|/|\_|\_|\_|/|\_|\_|\_|\_|\_|\_|

Razítko nemocnice / lékaře

Podpis lékaře