



pobyt v nemocnici oznámenie poisťnej udalosti

Vyplnenú 1. časť formulára zašlite na adresu: AXA životní pojišťovna a.s., pobočka poisťovne z iného členského štátu, Kolárska 6, 812 55 Bratislava do 10 dní od prijatia do nemocnice. Neodkladne po ukončení hospitalizácie zašlite vyplnenú 2. časť formulára na vyššie uvedenú adresu. Zároveň priložte kópiu prepúšťacej správy. Náklady na vyplnenie tohto formulára budú uhradené poisťovňou do výšky 4,98 EUR v prípade uznania nároku na poistné plnenie.

2. časť - Vyplní nemocnica pri prepúšťaní

Priezvisko, meno a titul pacienta						Rodné číslo					
Číslo príjmu				Meno a priezvisko lekára, ktorý hospitalizáciu odporučil							
Dátum prijmu				Dátum prepustenia				Dni prepustky			
Dôvod hospitalizácie <input type="checkbox"/> Úraz <input type="checkbox"/> Choroba <input type="checkbox"/> Sprievod				Dátum úrazu, príp. začiatok choroby				Vplyv alkoholu alebo omamných látok <input type="checkbox"/> Áno <input type="checkbox"/> Nie			
Bola hospitalizácia plánovaná? <input type="checkbox"/> Áno <input type="checkbox"/> Nie				Bola vystavená PN? <input type="checkbox"/> Áno <input type="checkbox"/> Nie							
Diagnóza podľa WHO				Diagnóza slovom							
Bol porušený liečebný režim? <input type="checkbox"/> Áno <input type="checkbox"/> Nie				Nevyhnutná doba hospitalizácie od				Nevyhnutná doba hospitalizácie do			
Pečiatka nemocnice				Dňa				Podpis lekára (menovka)			

© Suma uvedená v eurách je prepočítaná na základe konverzného kurzu - 30,1260 SKK / EUR. Duálne zobrazenie peňažnej sumy v eurách slúži len na informatívne účely.

1. časť - Vyplní poistený pri hospitalizácii

Číslo poisťnej zmluvy (zmlúv)											
Priezvisko, meno a titul						Rodné číslo					
Adresa (ulica, číslo, PSČ, obec)											
Telefón domov/do zamestnania											
Meno a adresa vášho ošetrojúceho (obvodného) lekára											
Adresa nemocnice, kde ste hospitalizovaný						Hospitalizácia od					
Dôvod hospitalizácie <input type="checkbox"/> Úraz <input type="checkbox"/> Choroba <input type="checkbox"/> Sprievod						Dátum úrazu, príp. začiatok choroby					
Stručný popis dôvodu hospitalizácie											
Bola udalosť vyšetovaná (orgány polície a pod.)? <input type="checkbox"/> Áno <input type="checkbox"/> Nie						Názov a adresa vyšetrujúceho orgánu					
Poistné plnenie uhradíte na číslo účtu				Kód banky				Špecifický symbol (napr. číslo sporozíra, ...)			
Ak nemáte účet, uveďte adresu, na ktorú má byť poistné plnenie zaslané											

Prehlásenie

Prehlasujem, že som na všetky otázky odpovedal(a) pravdivo. Som si vedomý(á) dôsledkov nesprávnych odpovedí pri priznaní poistného plnenia. Súhlasím, aby si AXA životní pojišťovna a.s., pobočka poisťovne z iného členského štátu vyžiadala všetku potrebnú dokumentáciu.

Podpisy

Dátum podpisu				Miesto				Podpis poisteného (V prípade podpisu zákonného zástupcu uveďte vzťah k poistenej osobe, napr. matka)			
---------------	--	--	--	--------	--	--	--	---	--	--	--

778/25 10/2010

