



viac ako / štandard

Oznámenie poistnej udalosti
Pobyť v nemocnici

ČÍSLO POISTNEJ ZMLUVY/
NÁVRHU POISTNEJ ZMLUVY

Vyplnený formulár oznámenia poistnej udalosti zašlite na našu korešpondenčnú adresu. **K formuláru priložte kópiu prepúšťacej správy (v prípade operácie aj operačný protokol).**

POISTENÝ (OSOBA, KTORÁ BOLA HOSPITALIZOVANÁ)

| | | | |
|---|--------------------------|--------------------|---------|
| Priezvisko, meno, titul | | Rodné číslo | |
| Adresa trvalého pobytu (ulica, číslo, mesto/obec, PSČ) | | Dátum narodenia | |
| Doklad totožnosti <input type="checkbox"/> OP/ID <input type="checkbox"/> Pas <input type="checkbox"/> Rodný list ¹⁾ | Číslo dokladu totožnosti | Štátna príslušnosť | Telefón |

ÚDAJE O POBYTE V NEMOCNICI

Priezvisko, meno a adresa vášho ošetrojúceho (príp. všeobecného) lekára

Adresa nemocnice, kde ste hospitalizovaný/á

Hospitalizácia od Dôvod hospitalizácie Úraz Choroba Dátum úrazu, príp. začiatok choroby

Stručný popis dôvodu hospitalizácie

Bola udalosť vyšetrowaná (orgány polície a pod.)? Nie Áno Názov a adresa vyšetrujúceho orgánu

POISTNÉ PLNENIE

Poistné plnenie poukážte na bankový účet číslo (IBAN) Pokiaľ nemáte účet, poistné plnenie vám bude zaslané na vyššie uvedenú adresu trvalého pobytu.

IDENTIFIKÁCIA ZÁSTUPCU POISTENÉHO

Priezvisko, meno, titul Muž Žena

Adresa trvalého pobytu (ulica, číslo, mesto/obec, PSČ)

Dátum narodenia Rodné číslo Štátna príslušnosť

Doklad totožnosti OP/ID Pas Číslo dokladu totožnosti

Doklad o oprávnení zastupovať/konať²⁾ Číslo dokladu Druh dokladu

PODPISY, PRÍLOHY A VYHLÁSENIA

Poistený/zástupca poisteného/žiadateľ o poistné plnenie vyhlasuje, že na všetky otázky odpovedal pravdivo a je si vedomý/á dôsledkov nesprávnych odpovedí pre priznanie poistného plnenia. **Poistený/zástupca poisteného/žiadateľ o poistné plnenie súhlasí, aby si AXA životní poisťovňa a. s., pobočka poisťovne z iného členského štátu vyžiadala všetku potrebnú dokumentáciu.**

Zástupca poisteného/žiadateľ o poistné plnenie udeľuje týmto poisťiteľovi súhlas na spracovanie osobných údajov na účely plnenia zmluvných a zákonných práv a povinností poisťiteľa na dobu nevyhnutne potrebnú na zabezpečenie práv a povinností vyplývajúcich z poistnej zmluvy a na dobu vyplývajúcu zo všeobecne záväzných právnych predpisov. Zároveň udeľuje súhlas s vykonávaním cezhraničného prenosu poskytnutých osobných údajov do členských štátov Európskej únie a tiež do tretích krajín.

Finančný sprostredkovateľ svojím podpisom potvrdzuje, že vykonal identifikáciu poisteného/zástupcu poisteného, vrátane overenia identifikácie (overenie údajov a zhody ich podoby s vyobrazením v doklade totožnosti). Podpis finančného sprostredkovateľa nie je potrebný, ak identifikácia a overenie identifikácie poisteného/zástupcu poisteného už boli vykonané pri inom úkone.

| | | |
|--|---|--|
| Dátum podpisu <input type="text"/> | Miesto podpisu <input type="text"/> | Počet príloh <input type="text"/> |
| PODPIS POISTENÉHO/ZÁSTUPCU POISTENÉHO | ZA POISTENÉHO PODPISUJE | PODPIS FINANČNÉHO SPROSTREDKOVATEĽA |
| | <input type="checkbox"/> Zákonný zástupca (priložte rodný list, ak ste ho doposiaľ poisťiteľovi neposkytli) | |
| | <input type="checkbox"/> Splnomocnený zástupca (priložte plnú moc) | |
| | <input type="checkbox"/> Ustanovený zástupca (priložte rozhodnutie súdu) | |

Poisťiteľ je oprávnený požadovať úradné overenie podpisu (na notárskom úrade/matričnom úrade) na tomto formulári.

ÚRADNÉ OVERENIE PODPISU

¹⁾ V prípade rodného listu sa číslo dokladu nevypĺňa. Rodný list môže nahradiť doklad totožnosti len v prípade maloletého poisteného.

²⁾ Ak ide o rodiča maloletého poisteného, nie je potrebné vyplniť. Druh dokladu o oprávnení zastupovať/konať môže byť napr. uznesenie o osvojení maloletého.



ČÍSLO POISTNEJ ZMLUVY/
NÁVRHU POISTNEJ ZMLUVY

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

VYPLNÍ NEMOCNICA PRI PREPÚŠŤANÍ

Náklady na vyplnenie tejto Správy lekára budú uhradené poisťiteľom do výšky 5 € v prípade uznania nároku na poistné plnenie. Za vyplnenie tejto správy uhradíte lekárovi ním požadovanú sumu (podľa § 38 ods. 11 zákona č. 577/2004 Z. z. o rozsahu zdravotnej starostlivosti uhrádzanej na základe verejného zdravotného poistenia a o úhradách za služby súvisiace s poskytovaním zdravotnej starostlivosti, ide o službu súvisiacu s poskytovaním zdravotnej starostlivosti poskytnutú na Vašu žiadosť) a originál dokladu o zaplatení predložte poisťiteľovi.

POISTENÝ (OSOBA, KTORÁ BOLA HOSPITALIZOVANÁ)

| | |
|-------------------------|-------------|
| Priezvisko, meno, titul | Rodné číslo |
|-------------------------|-------------|

POTVRDENIE O POBYTE V NEMOCNICI

| | | | |
|--------------------------------|--|---|---|
| Číslo príjmu | Priezvisko a meno lekára, ktorý hospitalizáciu odporučil | | |
| Dátum príjmu | Dátum prepustenia | Dátumy prístupiek trvajúcich viac ako 24 hod. | |
| Dôvod hospitalizácie | <input type="checkbox"/> Úraz <input type="checkbox"/> Choroba | Dátum úrazu, príp. začiatok choroby | Vplyv alkoholu alebo omamných látok <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Áno |
| Bola hospitalizácia plánovaná? | <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Áno | Bola vystavená PN? | <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Áno |
| Diagnóza podľa WHO | Diagnóza slovom | | |
| Bol porušený liečebný režim? | <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Áno | Nevyhnutná doba hospitalizácie | Od |
| | | | Do |

PODPISY, PRÍLOHY A VYHLÁSENIA

Potvrďujem, že údaje v Správe lekára sa týkajú osoby uvedenej na prvej strane formulára ako „poistený“ a že som túto správu vypracoval/a na základe zdravotnej dokumentácie vystavenej zdravotníckym zariadením uvedeným nižšie.

| | |
|---------------|----------------|
| Dátum podpisu | Miesto podpisu |
|---------------|----------------|

| | |
|----------------|--------------|
| Telefón lekára | Počet príloh |
|----------------|--------------|

MENO A ADRESA LEKÁRA/ ZDRAVOTNÍCKEHO ZARIADENIA

PEČIATKA A PODPIS LEKÁRA