

Všeobecná hospitalizace

- POKYNY K VYPLNĚNÍ -

Informace pro pojištěného:

1. K vyplněnému formuláři vždy přiložte **kopii Propouštěcí zprávy z dané hospitalizace. Formulář vyplňuje pojištěný.**
2. Vyplněním tohoto formuláře nevzniká automaticky nárok na pojistné plnění.
3. Vyplněný formulář zašlete na adresu: **Youplus Insurance International AG, pobočka pro Českou republiku, Paříkova 910/11a, 190 00 Praha 9 – Vysočany.**
4. Informace o zpracování Vašich osobních údajů naleznete na www.youplus.cz v sekci Osobní údaje.

ČÍSLO POJISTNÉ SMLOUVY:

ÚDAJE O POJIŠTĚNÉM

Jméno a příjmení pojištěného : **Rodné číslo:**

Povolání v době škodní události : **Telefonní kontakt :**

Adresa pojištěného (příp. pojistníka v případě nezletilé pojištěné osoby) :

ÚDAJE O HOSPITALIZACI

V jakých datech jste byl/a hospitalizován/a ?	Od:	Do :
Uvedte název a adresu zařízení kde hospitalizace proběhla.		
Kde a kdy bylo provedeno první ošetření pro onemocnění / obtíže, pro které proběhla uvedená hospitalizace ?		
Uvedte číselný kód diagnózy dle mezinárodní klasifikace nemocí, pro kterou jste byl/a hospitalizován/a.		
Byl/a jste pro nynější onemocnění/ obtíže léčen/a již před touto hospitalizací ? Pokud ano, uveďte podrobnosti.	<input type="checkbox"/> ano	<input type="checkbox"/> ne
	Jméno lékaře:	
	Datum ošetření :	
Uvedte kontaktní údaje Vašeho praktického lékaře.		

POKYNY POJIŠTĚNÉHO K VÝPLATĚ POJISTNÉHO PLNĚNÍ

Pojistné plnění poukažte na číslo účtu : **Kód banky:**

Prohlašuji, že jsem odpověděl/a pravdivě a úplně a uvedené údaje odpovídají skutečnostem. Jsem si vědom/a toho, že nepravdivé nebo neúplné údaje v tomto oznámení mohou vést ke ztrátě pojistné ochrany a k velkým postihům, dokonce i když pojistiteli kvůli těmto informacím nevznikne žádná škoda. Za správnost údajů jsem zodpovědný/á, i pokud toto oznámení vyplnila třetí osoba (např. manžel/ka, zprostředkovatel). Jsem si vědom/a toho, že pojistitel k posouzení nároku prověří pravdivost mých údajů, které jsem zaslal/a písemnou formou (např. Oznámení úrazu, Potvrzení) a také údaje, které na můj vlastní podnět realizovala nemocnice, resp. jiný léčebný ústav nebo zdravotnické zařízení. Souhlasím, aby pojišťovna zjišťovala můj (nezletilého pojištěného) zdravotní stav. Tímto zbavuji mlčenlivosti a opravňuji všechny lékaře, aby poskytli pojišťovně informace, zdravotnickou dokumentaci týkající se léčby úrazu, onemocnění, resp. zdravotního stavu. Současně zpřimocňuji pojišťovnu, aby se za účelem došetřování pojistné události, zdravotního stavu nebo za účelem přezkoumání oznámených údajů a zjištění dalších okolností spojila s jinými pojišťovnami a dalšími veřejnoprávními nebo soukromoprávními subjekty a souhlasím, aby tyto instituce poskytly pojišťovně požadované informace.
Pojištěný tímto dává lékaři výslovný písemný souhlas s poskytnutím údajů o jeho zdravotním stavu pojišťovně Youplus Insurance International AG.

V dne Podpis pojištěného, resp. jeho zákonného zástupce.....