



potvrzení o pobytu v nemocnici



Číslo smlouvy

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Tento formulář se skládá ze dvou částí. Část 1. zašlete na výše uvedenou adresu do 10 dnů po přijetí do nemocnice. Část 2. zašlete neprodleně po ukončení hospitalizace. **Zároveň přiložte kopii propouštěcí zprávy.** Náklady na vyplnění tohoto formuláře budou uhrazeny pojišťovnou do výše 150 Kč v případě uznání nároku na pojistné plnění.

Část 2. - Vyplní nemocnice při propuštění

Příjmení, jméno a titul pacienta						Rodné číslo					
Číslo příjmu				Příjmení a jméno lékaře, který hospitalizaci doporučil							
Datum příjmu				Datum propuštění				Dny propustky			
Důvod hospitalizace <input type="checkbox"/> úraz <input type="checkbox"/> nemoc <input type="checkbox"/> doprovod				Datum úrazu, popř. počátek nemoci				Vliv alkoholu nebo omamných látek <input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne			
Byla hospitalizace plánována? <input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne				Byla vystavena PN? <input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne							
Diagnóza podle WHO				Diagnóza slovy							
Byl porušen léčebný režim? <input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne				Nezbytná doba hospitalizace od				Nezbytná doba hospitalizace do			
Razítko nemocnice				Dne				Podpis lékaře (jmenovka)			

Část 1. - Vyplní pojištěný při hospitalizaci

Číslo pojistné smlouvy (smluv)											
Příjmení, jméno a titul						Rodné číslo					
Adresa (ulice, číslo, obec, PSČ)											
Telefon domů / do zaměstnání											
Jméno a adresa vašeho ošetřujícího (obvodního) lékaře											
Adresa nemocnice, kde jste hospitalizován						Hospitalizován od					
Důvod hospitalizace <input type="checkbox"/> úraz <input type="checkbox"/> nemoc <input type="checkbox"/> doprovod						Datum úrazu, popř. počátek nemoci					
Stručný popis důvodu hospitalizace											
Byla událost šetřena (orgány policie apod.)? <input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne						Název a adresa vyšetřujícího orgánu					
Pojistné plnění poukážete na účet číslo				Kód banky				Specifický symbol (např. číslo sporožira, ...)			
Pokud nemáte účet, uveďte adresu na níž má být pojistné plnění zasláno											

Prohlašuji, že jsem všechny dotazy pravdivě zodpověděl(a). Jsem si vědom(a) důsledků nesprávných odpovědí pro přiznání pojistného plnění.

Souhlasím, aby si AXA životní pojišťovna a.s. vyžádala veškerou potřebnou dokumentaci.

V				Dne				Podpis pojištěného (zákonného zástupce)			

