



# 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) |  |  |  |
|   |  |  |  |     |  |  |  |   |  |  |  |

