

Potvrzení pobytu v nemocnici

Vyplní pojištěný

pojistná smlouva č.



GLT5030021



Generali Pojišťovna a.s.
Bělehradská 132
120 84 Praha 2
Česká republika
Infolinka 800 150 155
(dále jen „pojišťitel“)

151 pojištění denní dávky při pobytu v nemocnici 152 životní pojištění - doplňkové pojištění denní dávky při pobytu v nemocnici

Pojištěný

titul (před jménem) 56	jméno 57	titul (za jménem) 58	rodné číslo 59
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
příjmení 60	datum narození 61		
<input type="text"/>	<input type="text"/>		
ulice 66	č. popisné 67	č. orientační 68	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
obec - část obce 69	PSC 70	telefon 71	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	

Prohlášení pojištěného

Jsem si vědom/a své povinnosti pravdivě a úplně odpovědět na všechny dotazy pojišťitele a uvést všechny informace i ty, které se mi jeví jako nepodstatné. Beru na vědomí, že při porušení těchto povinností má pojišťitel právo od pojistné smlouvy odstoupit, snížit nebo odmítnout pojistné plnění.

Zprošťuji státní zastupitelství, policii a další orgány činné v trestním řízení, hasičský záchranný sbor, lékaře, zdravotnická zařízení nebo záchrannou službu povinností mlčenlivosti. Současně zmocňuji pojišťitele, resp. jím pověřenou osobu, aby ve všech řízeních probíhajících v souvislosti se škodnou událostí mohl nahlížet do soudních, policejních, zdravotních případně jiných úředních spisů, zhotovovat z nich kopie či výpisy.

Zavazuji se informovat pojišťitele o ošetřujících lékařích a zdravotnických zařízeních a zajišťovat od nich pojištěním požadované zprávy. Zároveň pojišťiteli uděluji souhlas k nahlížení do zdravotnické dokumentace a dále se zavazuji poskytnout mu veškeré informace shromážděné ve zdravotnické dokumentaci vedené o mé osobě a v jiných zápisech, které se vztahují k mému zdravotnímu stavu, nebo že jejich poskytnutí zajistím.

Zprošťuji mlčenlivosti a zmocňuji tímto ošetřující lékaře, zdravotnická zařízení, zdravotní pojišťovny a orgány správy sociálního zabezpečení k poskytnutí informací a dokladů ze zdravotnické dokumentace; dále pojišťitele zmocňuji, aby si od lékařů a zdravotnických zařízení vyžadoval nutné informace o mém zdravotním stavu bez obsahového omezení. Zavazuji se zajistit na výzvu pojišťitele bezodkladně veškeré informace o zdravotní péči, která mi byla poskytnuta lékaři a zdravotnickými zařízeními z veřejného zdravotního pojištění. Zároveň souhlasím s tím, aby pojišťitel v případě potřeby ověřoval, zda pobírám invalidní důchod.

Zmocňuji pojišťitele k nahlídnutí do podkladů jiných pojišťoven a veškerých rozhodujících podkladů v souvislosti se šetřením škodných událostí a výplatou pojistného plnění. Výše uvedené souhlasy a zmocnění se vztahují i na dobu po mé smrti.

Beru na vědomí, že pojišťitel není povinen vyplatit pojistné plnění do doby, než mu budou poskytnuty doklady potřebné pro likvidaci škodné události, zejména ty, které si pojišťitel vyžádá.

Souhlasím s tím, aby mé osobní údaje (adresní a identifikační) a údaje o zdravotním stavu byly zpracovávány správcem Generali Pojišťovna a.s., Bělehradská 132, 120 84 Praha 2, Česká republika a jeho smluvními partnery (zejména pojišťovacími zprostředkovateli) splňujícími podmínky zákona č. 101/2000 Sb., o ochraně osobních údajů pro účely pojišťovací činnosti a dalších činností vymezených zákonem č. 363/1999 Sb., o pojišťovnictví, a to po dobu nezbytně nutnou k zajištění práv a povinností plynoucích ze závazkového právního vztahu a dále po dobu vyplývající z obecně závazných právních předpisů.

Souhlasím s předáváním a poskytováním osobních údajů a údajů o zdravotním stavu subjektům mezinárodního koncernu Generali a zajišťovacím partnerům pro účely a dobu uvedenou v předchozí větě.

Prohlašuji, že jsem byl/a ve smyslu zákona č. 101/2000 Sb. informován/a o svých právech a povinnostech a o právech a povinnostech správce Generali Pojišťovna a.s., zejména o právu přístupu k osobním údajům, jakož i o dalších právech dle tohoto zákona.

Zavazuji se, že bez zbytečného odkladu nahlásím jakoukoli změnu zpracovávaných osobních údajů.

Jsem si vědom/a, že pokud mi bylo vyplaceno pojistné plnění, na které jsem jako pojištěný podle pojistné smlouvy neměl/a nárok, jsem povinen/a a zavazuji se pojistné plnění vrátit v plné výši i po zániku pojištění. Totéž platí i pro alikvotní plnění.

Pojistné plnění poukažte

<input type="checkbox"/> 153 na účet	číslo účtu 154	kód banky 155
	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> 156 poštovní poukázkou	jméno, příjmení, adresa 157	
	<input type="text"/>	
Jméno, příjmení, datum narození a adresa zákonného zástupce u nezletilého. Vztah k pojištěnému doložte kopiemi příslušných dokladů. 158		
<input type="text"/>		
datum 102	místo 103	podpis pojištěného, příp. zákonného zástupce 106, 107
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Vyplní nemocnice - přiložte prosím kopii propouštěcí zprávy

hospitalizace od 159	do 160	číslo příjmu 161
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
dny propustky 162	<input type="text"/>	
Dg dle WHO 163	Dg slovy 164	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	
název nemocnice 165	<input type="text"/>	
datum a podpis lékaře 166	otisk razítka nemocnice / lékaře 167	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	