



Oznámení pojistné události - potvrzení o hospitalizaci

Určeno pro elektronické
zpracování 2007

Číslo pojistné smlouvy:

Identifikační číslo poradce

POJISTITEL	<input type="checkbox"/> ING Životní pojišťovna N.V., pobočka pro Českou republiku, Praha 5, Smíchov, Nádražní 344/25, 150 00, IČ: 40763587, DIČ: CZ40763587, zapsaná u MS v Praze, oddíl A, vložka 6305.
	<input type="checkbox"/> ING pojišťovna, a.s., Praha 5, Smíchov, Nádražní 344/25, 150 00, IČ: 25703838, DIČ: CZ25703838, zapsaná u MS v Praze, oddíl B, vložka 5603.

ÚDAJE O POJISTĚNÉM	Příjmení <input type="text"/>	Jméno <input type="text"/>
	Titul <input type="text"/>	Rodné číslo <input type="text"/>
	Ulice, č.p. <input type="text"/>	PSČ, Obec <input type="text"/>
	Telefon domů <input type="text"/>	Mobilní telefon <input type="text"/>

ZDRAVOTNICKÁ ZARÍZENÍ	Jméno praktického lékaře, adresa zdravotnického zařízení, telefon <input type="text"/>
	<input type="text"/>
	Jméno odborného ošetřujícího lékaře, adresa zdravotnického zařízení, telefon <input type="text"/>
	<input type="text"/>

Datum příjmu <input type="text"/>	Datum propuštění <input type="text"/>	Číslo příjmu <input type="text"/>
Dny propustky <input type="text"/>	Datum operativního zákroku <input type="text"/>	
Diagnóza <input type="text"/>		
<input type="text"/>		
<input type="text"/>		

K FORMULÁŘI PROSÍM PŘIPOJTE KOPII PROPOUŠTĚCÍ ZPRÁVY

VYPLNĚNÍ NEMOCNICE	<p>V dne Razítko a podpis lékaře / nemocnice</p>
--------------------	--

OSOBA UPLATŇUJÍCÍ NÁROK NA POJISTNÉ PLNĚNÍ	Příjmení <input type="text"/>	Jméno <input type="text"/>	Titul <input type="text"/>	
	Datum narození <input type="text"/>	Telefon <input type="text"/>		
	Ulice <input type="text"/>	PSČ, Obec <input type="text"/>	<input type="text"/>	
	V případě nezletilosti pojištěného uveďte zákonného zástupce:			
	Příjmení <input type="text"/>	Jméno <input type="text"/>	Titul <input type="text"/>	
	Datum narození <input type="text"/>	Vztah k pojištěnému <input type="text"/>		
	Ulice <input type="text"/>	PSČ, Obec <input type="text"/>	<input type="text"/>	
	Pojistné plnění možno poukázat na účet: <input type="text"/>	Kód banky <input type="text"/>		
	Variabilní symbol: <input type="text"/>			
	nebo na adresu: <input type="text"/>	<input type="text"/>		

**I výplat pojištění plnění od 10 001 Kč do 299 999 Kč na účet je nutné úřední ověření podpisu pojištěné osoby, v případě nezletilosti jejího zákonného zástupce.
I výplat pojištění plnění z jedné pojistné smlouvy v celkové výši od 300 000 Kč je úřední ověření podpisu osob uplatňujících nárok na plnění povinné.**

DALŠÍ SDELENÍ	<div style="border: 1px solid black; height: 100px;"></div>
---------------	---

Prohlašuji, že jsem všechny údaje vyplnil/a pravdivě a úplně, a jsem si vědom/a dopadu neúplných nebo nepravdivých odpovědí na povinnost pojistitele plnit. Souhlasím, aby si pojistitel v případě potřeby vyžádal další doklady k došetření pojistné události včetně přezkoumání zdravotního vztahu.

Zplnomocnění pojištěného:

Já, jako pojištěný, zplnomocňuji všechny lékaře, zdravotnická zařízení a zdravotní pojišťovny, u kterých jsem evidován, nebo u kterých jsem byl nebo budu léčen, k poskytnutí informací o mém zdravotním stavu, nebo informací souvisejících s léčením v případě, že o ně pojistitel požádá. Zplnomocňuji orgány sociálního zabezpečení, bezpečnosti práce a policie k poskytnutí údajů, týkajících se mé osoby, v případě, že o ně pojistitel zažádá v souvislosti s mým pojištěním.

Zplnomocnění zákonného zástupce / zástupce na základě plné moci:

Já, jako zákonný zástupce / zástupce na základě plné moci, zplnomocňuji všechny lékaře, zdravotnická zařízení a zdravotní pojišťovny, u kterých byl pojištěný evidován, nebo u kterých byl resp. bude léčen, k poskytnutí informací o jeho zdravotním stavu, nebo informací souvisejících s léčením v případě, že o ně pojistitel požádá. Zplnomocňuji orgány sociálního zabezpečení, bezpečnosti práce a policie k poskytnutí údajů, týkajících se pojištěného, v případě, že o ně pojistitel zažádá v souvislosti s jeho pojištěním.

v dne

IDENTIFIKACE	OSOBA UPLATŇUJÍCÍ NÁROK NA POJISTNÉ PLNĚNÍ			
	Typ dokladu <input type="text"/>	Číslo <input type="text"/>	Vydaného v <input type="text"/>	Platného do <input type="text"/>
	Podoba pojistníka / pojištěného / zákonného zástupce souhlasí s fotografií v OP/pasu.			
	Jméno zákonného zástupce <input type="text"/>	<input type="text"/>		
	PORADCE			
	Jméno a příjmení osoby pověřené sjednáváním pojištění <input type="text"/>			
Identifikační číslo <input type="text"/>	Kontaktní telefon <input type="text"/>	Registrační číslo ČNB <input type="text"/>	<input type="text"/>	
			Podpis poradce	

Pozn: V případě potřeby uveďte u jednotlivých bodů podrobnější údaje na zvláštní list.

Vyplněné oznámení včetně příloh zašlete na adresu pojišťovny, odd. likvidací pojistných událostí, Nádražní 25/344, 150 00 Praha 5.