



pobyt v nemocnici oznámenie poisťnej udalosti

číslo návrhu zmluvy/poisťnej zmluvy

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

Vyplnenú 1. časť formulára zašlite neodkladne po začiatku hospitalizácie na adresu: AXA životní pojišťovna a.s., pobočka poisťovne z iného členského štátu, Kolárska 6, 812 55 Bratislava. Neodkladne po ukončení hospitalizácie zašlite vyplnenú 2. časť formulára na vyššie uvedenú adresu. Zároveň priložte kópiu Prepúšťacej správy (v prípade operácie Operačný protokol). Náklady na vyplnenie tohto formulára budú uhradené poisťovateľom do výšky 5 € v prípade uznania nároku na poisťné plnenie. Ak požadujete náhradu nákladov, priložte k formuláru originál pokladničného dokladu, ktorý obdržíte od lekára.

1. časť - oznámenie o pobyte v nemocnici (vyplní Poistený pri začiatku hospitalizácie)

Priezvisko, meno a titul Poisteného		Rodné číslo	
Adresa trvalého pobytu (ulica, číslo, mesto/obec)		PSČ	Telefón domov
Doklad totožnosti <input type="checkbox"/> OP/ID <input type="checkbox"/> Pas	Číslo dokladu totožnosti	Štátna príslušnosť	Telefón do zamestnania
Priezvisko, meno a adresa vášho ošetrojúceho (príp. všeobecného) lekára			
Adresa nemocnice, kde ste hospitalizovaný(á)			
Hospitalizácia od	Dôvod hospitalizácie <input type="checkbox"/> Úraz <input type="checkbox"/> Choroba	Dátum úrazu, príp. začiatok choroby	
Stručný popis dôvodu hospitalizácie			
Bola udalosť vyšetrowaná (orgány polície a pod.)? <input type="checkbox"/> Áno <input type="checkbox"/> Nie		Názov a adresa vyšetrujúceho orgánu	
Poisťné plnenie poukážete na účet č.			Špecifický symbol
Pokiaľ nemáte účet, uveďte adresu trvalého pobytu, na ktorú má byť poisťné plnenie zaslané			

Podpisy, vyhlásenia a prílohy

Vyhlasujem, že som na všetky otázky odpovedal(a) pravdivo. Som si vedomý(á) dôsledkov nesprávnych odpovedí pri priznaní poisťného plnenia. Súhlasím, aby si AXA životní pojišťovna a.s., pobočka poisťovne z iného členského štátu vyžiadala všetku potrebnú dokumentáciu.

Počet príloh	Dátum podpisu	Podpis Poisteného/zákonného zástupcu (Ak za Poisteného, maloletého ¹⁾ , podpisuje zákonný zástupca, uveďte vzťah k Poistenému, napr.: matka.)	Priezvisko, meno, titul zákonného zástupcu: OP/Pas (číslo): Vydal: Platnosť:
	Miesto		

¹⁾ Maloletá osoba je osoba do dosiahnutia 18. roku veku. Ak však takáto osoba po dosiahnutí 16. roku veku uzavrela platné manželstvo, nepovažuje sa za maloletú osobu a môže vlastnými úkonmi nadobúdať práva a brať na seba povinnosti



pobyt v nemocnici oznámenie poisťnej udalosti

číslo návrhu zmluvy/poisťnej zmluvy

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

2. časť - potvrdenie o pobyte v nemocnici (vyplní nemocnica pri prepúšťaní)

Priezvisko, meno a titul pacienta		Rodné číslo	
Číslo príjmu	Priezvisko a meno lekára, ktorý hospitalizáciu odporučil		
Dátum príjmu	Dátum prepustenia	Dátumy prepustiek trvajúcich viac ako 24 hod.	
Dôvod hospitalizácie <input type="checkbox"/> Úraz <input type="checkbox"/> Choroba	Dátum úrazu, príp. začiatok choroby	Vplyv alkoholu alebo omamných látok <input type="checkbox"/> Áno <input type="checkbox"/> Nie	
Bola hospitalizácia plánovaná? <input type="checkbox"/> Áno <input type="checkbox"/> Nie	Bola vystavená PN? <input type="checkbox"/> Áno <input type="checkbox"/> Nie		
Diagnóza podľa WHO	Diagnóza slovom		
Bol porušený liečebný režim? <input type="checkbox"/> Áno <input type="checkbox"/> Nie	Nevyhnutná doba hospitalizácie od	Nevyhnutná doba hospitalizácie do	

Podpisy

Dátum podpisu	Pečiatka nemocnice	Podpis lekára (menovka)

Korešpondenčná adresa: AXA životní pojišťovna a.s., pobočka poisťovne z iného členského štátu, Kolárska 6, 812 55 Bratislava, Slovensko
Sídlo spoločnosti: AXA životní pojišťovna a.s., pobočka poisťovne z iného členského štátu, Kolárska 6, 811 06 Bratislava, Slovensko
AXA linka: +421 2 2929 2929, Fax: +421 2 5949 1112, Email: info@axa.sk, www.axa.sk
IČO: 35 968 079, spoločnosť zapísaná v Obchodnom registri Okresného súdu Bratislava I, oddiel Po, vložka č. 1327/B

