



Jméno a příjmení pojištěného:	Rodné číslo:
Bydliště:	Telefon:
Pojistná smlouva:	Škodná událost:

POTVRZENÍ POBYTU DÍTĚTE VE ZDRAVOTNICKÉM ZAŘÍZENÍ

VYPLNÍ ZÁKONNÝ ZÁSTUPCE POJIŠTĚNÉHO DÍTĚTE (doplňte požadované údaje)

Jméno a příjmení zákonného zástupce dítěte:																																				
Adresa (vyplňte jen tehdy, je-li odlišná od adresy dítěte):																																				
Žádám o výplatu pojistného plnění převodem finančních prostředků na bankovní účet:																																				
<table border="0"><tr><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td>-</td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td>/</td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td></tr><tr><td colspan="6">předčísí (je-li uvedeno)</td><td colspan="6">číslo účtu</td><td colspan="4">kód banky</td></tr></table>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	-	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	/	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	předčísí (je-li uvedeno)						číslo účtu						kód banky			
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	-	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	/	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>																	
předčísí (je-li uvedeno)						číslo účtu						kód banky																								
Prohlašuji, že souhlasím s tím, aby pojišťitel shromažďoval a zpracovával údaje o zdravotním stavu pojištěného dítěte v souvislosti se šetřením pojistných událostí ve smyslu § 50 zákona o pojistné smlouvě. Zároveň opravňuji všechny dotazované lékaře, ústavy, zdravotnická zařízení a zdravotní pojišťovny sdělovat tyto údaje pojišťiteli, a to prostřednictvím pověřeného zdravotnického zařízení. Skutečnosti, které pojišťitel zjistil při zjišťování a přezkoumávání zdravotního stavu pojištěného dítěte, mohou být využity pro potřeby pojišťitele a zajistitele. Zákonný zástupce pojištěného dítěte svým podpisem stvrzuje, že zdravotní údaje pojištěného dítěte poskytuje pojišťiteli dobrovolně za účelem plnění závazků účastníků ze sjednaného pojištění nemoci a je si vědom toho, že při odvolání uděleného souhlasu pojišťitel není povinen plnit z uplatněné škodné události.																																				
Datum:	Podpis zák. zástupce dítěte:																																			

VYPLNÍ LÉKAŘ (dle dostupné zdravotní dokumentace)

Den příjmu:	Den propuštění:
Dny propustky:	
Diagnóza (zn. MKN-10 i slovně):	
Název zdravotnického zařízení:	Razítko zdravotnického zařízení:
Datum vystavení:	Razítko a podpis lékaře:

Přiložte kopii dokladu o poskytnutí lůžkové péče (např. kopii propouštěcí zprávy).

Náklady na vystavení tohoto potvrzení nese zákonný zástupce pojištěného dítěte.