

Oznámenie Všeobecná hospitalizácia

Tlačivo Oznámenie Všeobecná hospitalizácia je dvojstranové tlačivo (strana 2 a 3 tohto dokumentu) – je vhodné ho vytlačiť na jeden list obojstranne.

Prvá strana:

- vyplní poistený alebo jeho zákonný zástupca;
- uvedte číslo poistenia, z ktorého si uplatňujete nárok na poistné plnenie;
- časť týkajúcu sa úrazu vyplňte iba v prípade, ak bola hospitalizácia nevyhnutná z dôvodu úrazu ;
- ak prípad vyšetrovala polícia, priložte, prosíme, k oznámeniu úrazu záznam (reláciu) z polície;
- uvedte čitateľne číslo účtu v tvare IBAN, kam Vám môžeme zaslať poistné plnenie;
- k Oznámeniu Všeobecná hospitalizácia priložte kópiu prepúšťacej správy z nemocnice.

Druhá strana:

- vyplní ošetrojúci lekár poisteného
- ak ošetrojúcemu lekárovi zaplatíte poplatok za vypísanie tlačiva Oznámenie úrazu, príjmový pokladničný doklad (originál) zašlite spolu s oznámením poistnej udalosti. Poplatok do výšky 2 ‰ z poistnej sumy pre trvalú invaliditu Vám uhradíme.

Tlačivo Oznámenie Všeobecná hospitalizácia pošlite na adresu:

Youplus Insurance International AG, pobočka poisťovne z iného členského štátu, Nám. SNP 15, 811 06 Bratislava

Poisťovateľ je oprávnený spracúvať osobné údaje dotknutých osôb v zmysle Zákona o poisťovníctve v platnom znení. Podrobné informácie o spracúvaní osobných údajov sú uvedené na webovom sídle poisťovateľa www.youplus.sk.

Oznámenie Všeobecná hospitalizácia

Číslo poisťnej zmluvy:

Informácia pre poisteného:

- Prosíme o presné a dôsledné zodpovedanie všetkých otázok. Nezodpovedanie otázky alebo prečiarknutie políčka platí ako záporná odpoveď. Pri nedostatku miesta na zodpovedanie otázok Vás prosíme o použitie dodatočného hárku papiera.
- Vyplňte iba prvú stranu oznámenia. Rubovú stranu – Správu ošetrujúceho lekára vyplní Váš lekár, ktorý Vás liečil, alebo ktorý má k dispozícii zdravotnú dokumentáciu, týkajúcu sa Vášho ochorenia alebo úrazu.
- Oznámenie Všeobecná hospitalizácia pošlite na adresu: Youplus Insurance International AG, pobočka poisťovne z iného členského štátu, Nám. SNP 15, 811 06 Bratislava.

Údaje o poistenom
Meno a priezvisko poisteného:
Rodné číslo: Dátum narodenia: ☎ kontakt:
Povolanie (profesia) v čase vzniku úrazu: Povolanie od (mesiac/rok):
Korešpondenčná adresa: PSČ:
Údaje o hospitalizácii
Dátum nástupu do nemocnice:
Dôvod hospitalizácie:
Dátum prepustenia z nemocnice:
Názov a adresa zdravotníckeho zariadenia, v ktorom ste boli hospitalizovaný/á:
Údaje o úraze – vyplňte v prípade, ak bola hospitalizácia nevyhnutná v dôsledku úrazu
Kedy vznikol úraz? dňa: o hod., miesto:
Podrobný popis úrazového deja (popis okolností vzniku úrazu, činnosť pri ktorej došlo k úrazu, zdroj, ktorý bol príčinou úrazu):
Ktorá časť tela bola poranená? Bola táto časť funkčne alebo inak postihnutá pred úrazom? <input type="checkbox"/> áno <input type="checkbox"/> nie
Popis poranenia:
Kedy a kde bolo poskytnuté prvé ošetrovanie? Dňa o hod., v zdravotníckom zariadení – adresa, meno lekára:
Kde ste sa pre úraz liečili, alebo kde Vám bolo poskytnuté ošetrovanie? Meno a adresa lekára, zdravotníckeho zariadenia
Užili ste za posledných 24 hodín pred úrazom alkohol alebo lieky/narkotiká? <input type="checkbox"/> áno <input type="checkbox"/> nie
Ak áno: kedy, čo, koľko? (uveďte aj malé množstvá)
Bola vykonaná krvná skúška? <input type="checkbox"/> áno <input type="checkbox"/> nie Ak áno, uveďte výsledok v %:
Došlo k úrazu pri športe alebo inej telovýchovnej činnosti? <input type="checkbox"/> áno <input type="checkbox"/> nie
Ak áno, uveďte názov, ktorou organizáciou bol organizovaný
Došlo k úrazu pri dopravnej nehode? <input type="checkbox"/> áno <input type="checkbox"/> nie Boli ste vodičom v čase nehody? <input type="checkbox"/> áno <input type="checkbox"/> nie
Ak ide o úraz motorovým vozidlom, druh a továrnska značka vozidla: ŠPZ:
Počet sedadiel: Počet prepravovaných osôb: Meno a adresa vodiča:
Vyšetřovala úraz polícia? <input type="checkbox"/> áno <input type="checkbox"/> nie Adresa polície a číslo spisu, pod ktorým je registrovaná nehoda:
Ktoré osoby boli očitými svedkami nehody?
Ktoré osoby boli svedkami udalostí pred alebo po nehode?
Boli ste za posledných 5 rokov pre zranenia, prípadne nehodu alebo ochorenia v lekárskom ošetrovaní? <input type="checkbox"/> áno <input type="checkbox"/> nie Ak áno: Kedy a s akou diagnózou:
Pokyny poisteného na výplatu poisťného plnenia
Plnenie poukážte na účet v tvare IBAN: <input type="text"/>
Vyhlasujem, že som odpovedal pravdivo a úplne a uvedené údaje zodpovedajú skutočnosti. Som si vedomý/á toho, že nepravdivé alebo neúplné údaje v tomto oznámení môžu viesť k strate poisťnej ochrany a k veľkým postihnutiam dokonca aj vtedy, keď poisťiteľovi pre tieto informácie nevznikne žiadna škoda. Za správnosť údajov som zodpovedný/á aj vtedy, keď toto oznámenie vyplnila tretia osoba (napr. manžel, sprostredkovateľ). Som si vedomý/á toho, že poisťiteľ k posúdeniu nárokov preverí pravdivosť mojich údajov, ktoré som zaslal písomnou formou (napr. Oznámenie o úraze, Potvrdenie), ako aj tých údajov, ktoré na môj vlastný podnet realizovala nemocnica, resp. iný liečebný ústav alebo zdravotnícke zariadenie. Súhlasím, aby poisťovňa zistovala môj (maloletého poisteného) zdravotný stav. Týmto oprávňujem a pozbavujem mlčanlivosti každého lekára, aby poskytol poisťovni informácie, zdravotnú dokumentáciu týkajúcu sa liečenia úrazu, choroby, resp. zdravotného stavu. Súčasne splnomocňujem poisťovňu, aby sa za účelom došetrovania poisťnej udalosti, zdravotného stavu alebo za účelom preskúmania oznámených údajov a zistených ďalších okolností spojila s inými poisťovňami a ďalšími verejno-právnymi alebo súkromno-právnymi subjektmi a súhlasím, aby tieto inštitúcie poskytli poisťovni žiadané informácie. Poisťený týmto dáva lekárovi výslovný súhlas s poskytnutím údajov o jeho zdravotnom stave poisťovni Youplus Insurance International AG. Ak nie sú vyznačené odpovede v jednotlivých políčkach, platí odpoveď „nie“.
V dňa
..... podpis poisteného, resp. jeho zákonného zástupcu

Správa ošetrojúceho lekára k všeobecnej hospitalizácii

Poskytnutie údajov je v súlade so súhlasom poisteného, resp. jeho zákonného zástupcu (pozri predná strana). Prosíme o dôkladné vyplnenie. V prípade, že Vám honorár za vyplnenie tohto tlačiva vyplatí poistený, dovoľujeme si požiadať pre klienta o vystavenie originálu príjmového dokladu.

Vyplní poistený	
Meno a priezvisko poisteného: Rodné číslo:	
Rodné číslo: Dátum narodenia: ☎ kontakt:	
Súhlasím, aby poisťovňa zisťovala môj (maloletého poisteného) zdravotný stav. Týmto oprávňujem a pozbavujem mlčanlivosti každého lekára, aby poskytol spoločnosti Youplus Insurance International AG, pobočke poisťovne z iného členského štátu (ďalej len "YOUPLUS") informácie, zdravotnú dokumentáciu týkajúcu sa liečenia úrazu, choroby, resp. zdravotného stavu. Súčasne splnomocňujem YOUPLUS, aby sa za účelom došetrovania poistnej udalosti, zdravotného stavu alebo za účelom preskúmania oznámených údajov a zistených ďalších okolností spojila s inými poisťovňami a ďalšími verejno-právnymi alebo súkromno-právnymi subjektmi a súhlasím, aby tieto inštitúcie poskytli spoločnosti YOUPLUS žiadané informácie.	
Poistený týmto dáva lekárovi výslovný písomný súhlas s poskytnutím údajov o jeho zdravotnom stave pre Youplus Insurance International AG, pobočku poisťovne z iného členského štátu.	
Dátum: Podpis poisteného (resp. zákonného zástupcu):	
Vyplní lekár	
Ošetrojúci lekár potvrdzuje, že ošetroval menovaného pacienta. Zo záznamov zdravotnej dokumentácie a ďalších evidencií uvádza:	
Dôvod hospitalizácie: <input type="checkbox"/> Chronické ochorenie <input type="checkbox"/> Choroba z povolania <input type="checkbox"/> Pracovný úraz <input type="checkbox"/> Úraz vo voľnom čase <input type="checkbox"/> Sebapoškodenie <input type="checkbox"/> Ostatné	
Hospitalizácia od: <input type="text"/>	Hospitalizácia do - ukončenie: <input type="text"/>
Prvé lekárske ošetrenie pre uvedenú chorobu alebo úraz Kde: Dátum: Stanovená diagnóza slovom:	Diagnóza stanovená podľa Medzinárodnej klasifikácie chorôb (MKCH-10): Hlavná diagnóza <input type="text"/> Ostatné diagnózy <input type="text"/>
Bol pacient pre rovnaké ochorenie v minulosti už liečený, resp. prejavili sa príznaky ochorenia už v minulosti? <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> áno: Kedy a kde sa liečil:	V prípade úrazu, bola poranená končatina alebo orgán už pred týmto úrazom postihnutý? <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> áno: Kedy, ako a v akom rozsahu:
Došlo k ochoreniu/úrazu následkom požitia alkoholu, alebo návykových látok? <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> áno V krvi bolo zistené..... % alkoholu. O aký druh návykovej látky pravdepodobne išlo:	
Aké boli príznaky opitosti, resp. návykových látok, do akej miery ovplyvnil požitý alkohol/návyková látka správanie poisteného, resp. do akej miery to malo vplyv na vznik ochorenia a trvanie pracovnej neschopnosti?	
Čestne vyhlasujem, že som zodpovedal(a) pravdivo a úplne všetky otázky a som si vedomý(á) dôsledku nepravdivých odpovedí. V prípade požiadavky revízieho lekára Youplus Insurance International AG, pobočky poisťovne z iného členského štátu, vyslovujem súhlas na účinnú spoluprácu.	
V dňa	pečiatka a podpis ošetrojúceho lekára + ☎ kontakt

Potvrdenie nemocnice	
Potvrdzujeme, že maloleté dieťa (meno a priezvisko):, nar., bolo hospitalizované od do, sprevádzané rodičom (meno a priezvisko):	
Dátum:	Pečiatka a podpis:
Poznámka: potvrdenie nemocnice je možné nahradiť dokladom preukazujúcim skutočnosť, že maloleté dieťa bolo hospitalizované spolu so sprievodcom (napr. dokladom o úhrade, záznamom v prepúšťacej správe a pod.).	