

Číslo pojistné smlouvy:	<input type="text"/>									
Jméno a příjmení pojištěné osoby:	<input type="text"/>									
Rodné číslo:	<input type="text"/>									
Adresa – ulice, číslo popisné, obec, PSČ:	<input type="text"/>									
Telefon:	<input type="text"/>	e-mail:	<input type="text"/>							
Datum příjmu do nemocnice:	<input type="text"/>									
Diagnóza:	<input type="text"/>									
Datum propuštění z nemocnice:	<input type="text"/>	Předpokládaná doba pobytu (pokud pobyt trvá):	<input type="text"/>							
hospitalizace v důsledku úrazu	<input type="checkbox"/> ano	<input type="checkbox"/> ne								
hospitalizace na JIP / ARO	<input type="checkbox"/> ano	<input type="checkbox"/> ne	počet dní	<input type="text"/>						
Název a adresa zdravotnického zařízení, ve kterém jste byl/a hospitalizován/a:										
Potvrzení nemocnice o Vašem pobytu (kopie propouštěcí zprávy)										
<input type="checkbox"/> je přiloženo										
<input type="checkbox"/> bude zasláno po skončení pobytu v nemocnici										

Způsob úhrady

Pojistné plnění si přeji poukázat na účet číslo:	<input type="text"/>	kód banky:	<input type="text"/>
Zaslat poštovní poukázkou do vlastních rukou na adresu:	<input type="text"/>		
Prohlašuji, že všechny uvedené údaje jsou pravdivé a úplné a nic nebylo zamlčeno.			
<small>Souhlasím se zpracováním údajů o mém zdravotním stavu/zdravotního stavu mého dítěte, které jsou považovány za zvláštní kategorie osobních údajů (citlivé údaje), a to pojistitelem pro účely šetření a likvidace hlášené pojistné události. Současně zprošťuji ošetřující lékaře povinnosti mlčenlivosti o mém zdravotním stavu/zdravotním stavu mého dítěte. Jsem si vědom/a, že svůj souhlas mohu kdykoli odvolat a že odvoláním mého souhlasu není dotčena zákonnost zpracování osobních údajů před odvoláním mého souhlasu. Dále jsem si vědom/a, že poskytnutí osobních údajů je dobrovolné, ale v případě, že souhlas nebo údaje o zdravotním stavu nebudou uděleny, pojistitel nebude schopen řádně prošetřit a zlikvidovat hlášenou pojistnou událost.</small>			
Další informace o zpracování osobních údajů naleznete na www.vitalitas.cz .	Dne:	<input type="text"/>	Podpis: <input type="text"/>

Vyplněné oznámení pojistné události odešlete spolu s kopií pojistné smlouvy a s požadovanými doklady doporučeně na adresu pracoviště:
Vitalitas pojišťovna, a.s., Zelený pruh 95/97, 140 00 Praha 4.