

Oznámení škodné události

Číslo
škodné
události

--

Cestovní pojištění a asistenční služby

Pojištění léčebných výloh v zahraničí

Doručeno:

Číslo pojistné smlouvy	
------------------------	--

1. Příjmení a jméno pojištěného		Žena		Muž
2. Datum narození		Rodné číslo		/
3. Bydliště pojištěného		PSČ		
4. Kontaktní adresa				
5. Kontaktní telefon		E-mail		
6. Povolání				
7. Jméno kontaktní osoby / zák. zástupce u dítěte		Telefon		
8. Adresa				

9. Datum vzniku zdravotního problému		Místo		Země
10. Příčina vzniku škody	nemoc	úraz	dopravní nehoda	Jiná – uveďte
11. Stala se škoda při sportu	ANO	NE	Při jakém	
12. Jste registrovaný sportovec	ANO	NE	Ve kterém sportu	
13. Hlášeno na policii	ANO	NE	Příložte policejní protokol	
14. Částka výloh za	a) ošetření	Měna	Uhrazeno	ANO
	b) léky			ANO
	c) jiné			NE
15. Máte sjednáno další pojištění léčebných výloh	ANO	NE	Název pojišťovny, banky	
16. Uplatňujete tuto škodu u jiné instituce	ANO	NE	Název instituce	

17. Popis zdravotního problému				
18. Diagnóza				
19. Ambulantní ošetření		Hospitalizace		Od
				do
20. Název a adresa zdravotnického zařízení				
21. Hlášeno asistenční službě		ANO		NE

Přikládám	Lékařskou zprávu	Originál účtu za ošetření	Originál účtu za léky
	Policejní protokol	Jiné – uveďte	

Dle Všeobecných pojistných podmínek pro cestovní pojištění je pojištěný povinen na žádost pojistitele zajistit na vlastní náklady úřední překlad dokladů nezbytných k šetření pojistné události.

Prohlašuji, že všechny údaje uvedené v tomto oznámení jsem uvedl/a úplně a pravdivě a že jsem si vědom/a důsledků nepravdivých nebo neúplných údajů. Souhlasím s tím, aby pojistitel zjišťoval a prozkoumával můj fyzický i psychický zdravotní stav u všech lékařů a zdravotnických zařízení, u kterých jsem se léčil/a, léčím nebo se budu léčit. Tento souhlas uděluji za účelem vyřizování škodných událostí s tím, že zmocňuji lékaře a zdravotnická zařízení k vyhotovení lékařských zpráv, provedení výpisu ze zdravotnické dokumentace nebo k jejímu zapůjčení pojistiteli, a proto zprošťuji povinnosti mlčenlivosti dotazované lékaře a pracovníky zdravotnických zařízení. Souhlasím též s tím, aby si pojistitel vyžádal i jiné informace nezbytné ke stanovení rozsahu pojistného plnění (od policie, soudu apod.). Beru na vědomí, že pojistitel je z hlediska zákona č. 101/2000 Sb. o ochraně osobních údajů, v platném znění, správcem a zpracovatelem osobních údajů, včetně osobních údajů o mém zdravotním stavu. Souhlasím s tím, aby pojistitel tyto údaje o zdravotním stavu zpracovával po celou dobu trvání nároků z tohoto pojištění.

Pojistné plnění poukažte na

Příjmení a jméno		Rodné číslo		/
Adresu		PSČ		
Korunový účet		Kód banky		Specifický symbol
Jméno a podpis zákonného zástupce u dětí / pojistníka				