



Oznámení škodné události

- z pojištění léčebných výloh k **Cestovnímu pojištění ***
 ANO, mám navíc sjednané pojištění zimních sportů ve snowparku
 z pojištění léčebných výloh **cizinců v schengenském prostoru ***
 z pojištění léčebných výloh k **EHIC ***
 z pojištění léčebných výloh k **Cestovnímu pojištění miniTRIP ***
*) Označte křížkem sjednané pojištění.

Otisk razítka, datum převzetí a podpis

Číslo pojistné smlouvy: _____

Datum trvání pojištění od: do:

POJIŠTĚNÝ :

Jméno: _____ Příjmení: _____ Titul: _____

Datum narození: _____ Rodné číslo: _____ Kód ZP: _____

Adresa bydliště

Ulice a číslo popisné/orientační: _____ e-mail: _____

PSC: _____ Obec (dodávací pošta): _____ Telefon: _____

Zákonný zástupce/ opatrovník pojištěného:

Jméno: _____ Příjmení: _____ Titul: _____ Telefon: _____

Datum narození: _____ Rodné číslo: _____ e-mail: _____

Korespondenční adresa (ulice, číslo, PSC, dodávací pošta): _____ Vztah k pojištěnému: _____

POPIS ŠKODNÉ UDÁLOSTI: (Nestačí-li místo pro požadované údaje, uveďte je na zvláštním listě)

Kdy a kde došlo k úrazu nebo náhlému onemocnění pojištěného?

Datum: _____ Místo: _____ Stát: _____

Uveďte souvisle a podrobně, za jakých okolností došlo k úrazu nebo náhlému onemocnění pojištěného:

Která část těla pojištěného byla poraněna - jak se projevilo náhlé onemocnění ?

Trpěl pojištěný již před počátkem pojištění tímto onemocněním ?

Byla kontaktována asistenční služba, (kdo, kdy) ?

Název a adresa zdravotnického zařízení, které poskytlo první pomoc:

kde se pojištěný léčil:

Dopravu pojištěného do zdravotnického zařízení v cizině provedl:

Dopravu pojištěného do ČR provedl:

Doba pobytu pojištěného v cizině: Datum odjezdu z ČR: _____ čas odjezdu *) _____ Datum příjezdu do ČR: _____ čas příjezdu *) _____

*) čas je potřeba vyplnit v případě cestovního pojištění miniTRIP

Máte-li sjednáno Cestovní pojištění typ "Opakovaný pobyt", výjezd doložte například: letenkou či jízdenkou vydanou na jméno pojištěného (na které je vyznačeno, že cesta byla uskutečněna z ČR), potvrzením z cestovního dokladu (je nutno okopírovat stranu s iniciály pojištěného i stranu s otiskem razítka celní kontroly), kopií lékařské zprávy z ČR, potvrzením zaměstnavatele či školy, kopií potvrzení o převzetí doporučené zásilky apod.

Jméno a adresa ošetřujícího lékaře v ČR:

Byl úraz nebo náhlé onemocnění zaviněno třetí osobou? ANO NE nehodící se škrtněte
V případě odpovědi ANO, uveďte kým byl úraz/onemocnění zaviněno (jméno, příjmení, kontaktní adresa)

Uveďte, kdo případ vyšetřoval (jméno a adresa) a doložte policejním protokolem či jinou zprávou vyšetřujícího orgánu:

NÁKLADY NA ŠKODNOU UDÁLOST:

Vzniklé náklady prokazují těmito originály dokladů a doklady o úhradě **(bez originálních dokladů nemůže být pojistná událost vyřízena !)**:

Popis dokladu (účet za léčení, léky, dopravu nebo uveďte ostatní)	Výše nákladů	Měna
OŠETŘENÍ:		
LÉKY:		
DOPRAVA:		
OSTATNÍ:		
CELKEM:		

Pojištěný náklady nehradil - úhradu nákladů požaduje zdravotnické zařízení v celkové částce a měně:

Pojištěný náklady uhradil a uplatňuje náhradu nákladů v celkové částce a měně:

Pojistné plnění poukažte:

Poštovní poukázkou na adresu:

Na korunový bankovní účet číslo: kód banky:

.....
název banky

Uveďte, zda se v době vzniku škodné události vztahovala některá další plnění na pojistné riziko z něhož uplatňujete pojistné plnění [ANO/Ne]:.....

Pokud ano, uveďte názvy pojistitelů a jejich horní hranice plnění:

Prohlášení:

Prohlašuji, že jsem všechny otázky zodpověděl pravdivě a úplně, že jsem k hlášenému úrazu nebo onemocnění vyplnil pouze toto oznámení škodné události a že jsem si vědom důsledků nesprávných odpovědí na povinnost pojistitele plnit.

Opravňuji všechny dotazované lékaře, ústavy, zdravotnická zařízení a zdravotní pojišťovny, aby poskytli pojistiteli potřebnou zdravotní dokumentaci o léčení a zdravotním stavu pojištěného.

Počet listů příloh, které přikládám:.....

V.....dne.....

.....
Podpis oznamovatele

Za pojistitele ověřil úplnost dokladů, rozsah pojištění a jeho platnost v době vzniku škodné události:

.....
(Jméno a příjmení ověřujícího pracovníka - hůlkovým písmem)

V.....dne.....

.....
Podpis ověřujícího pracovníka