

OZNÁMENÍ ŠKODNÉ UDÁLOSTI

z Pojištění léčebných výloh, zavazadel a odpovědnosti za způsobenou škodu při cestách do zahraničí

Nárokujete pojistné plnění z pojištění: léčebných výloh zavazadel odpovědnosti za škodu

INFORMACE O POJIŠTĚNÉM

ČÍSLO POJISTNÉ SMLOUVY:

Datum platnosti pojištění od:		do:	
Příjmení:		Jméno:	
Titul:	Datum narození:	Rodné číslo: /	
Adresa trvalého bydliště v ČR (pokud na této adrese nebydlíte, uveďte prosíme korespondenční adresu):			PSČ:
Telefon:		E-mail:	
Název a kód zdravotní pojišťovny v ČR:			

ÚDAJE O ŠKODNÉ UDÁLOSTI

(nestačí-li místo pro požadované údaje, uveďte je ve zvláštní příloze)

Datum škodné události:	Místo:	Stát:
Jste současně pojištěn na stejné riziko jinou pojistnou smlouvou (např. z platební karty)? <input type="checkbox"/> Ano <input type="checkbox"/> Ne Pokud ano, uveďte jaké:		
Oznámil jste škodnou událost asistenční službě? <input type="checkbox"/> Ano <input type="checkbox"/> Ne		
Došlo ke škodné události pod vlivem alkoholu nebo jiných návykových látek? <input type="checkbox"/> Ano <input type="checkbox"/> Ne		
Byla škodná událost šetřena policií? Pokud ano, přiložte policejní zprávu. <input type="checkbox"/> Ano <input type="checkbox"/> Ne		
Vznikla škoda cizím zaviněním? Pokud ano, uveďte podrobnější informace. <input type="checkbox"/> Ano <input type="checkbox"/> Ne		
Vznikla škoda při dopravní nehodě? Pokud ano, uveďte číslo jednací: <input type="checkbox"/> Ano <input type="checkbox"/> Ne		

POJIŠTĚNÍ LÉČEBNÝCH VÝLOH

O jaké onemocnění nebo úraz se jednalo, uveďte diagnózu (pokud ji znáte):
Uveďte podrobný popis za jakých okolností došlo k náhlému onemocnění nebo úrazu:
Trpěl jste se před počátkem pojištění uvedeným onemocněním? <input type="checkbox"/> Ano <input type="checkbox"/> Ne
Jméno, adresa a telefon Vašeho praktického lékaře v ČR:
Jméno, adresa a telefon příslušného specialisty v ČR (kardiolog, ortoped, internista, gynekolog apod.):

VÝŠI VZNIKLÉ ŠKODY PROKAŽUJI TĚMITO ORIGINALY DOKLADŮ

Niže prosíme uveďte částky, které žádáte proplatit	Pojištěnému	Lékaři, nemocnici, dopravci
Ambulantní ošetření		
Hospitalizace		
Léky		
Doprava		
Ostatní		
CELKEM		

U políček s možností volby zakřížkujte hodící se variantu, nehodící se škrtněte.

POJIŠTĚNÍ ZAVAZADEL

O jaký typ škody se jedná:	<input type="checkbox"/> poškození	<input type="checkbox"/> zničení	<input type="checkbox"/> odcizení
Uvedte podrobný popis za jakých okolností došlo ke škodě a uvedte seznam poškozených, zničených, resp. odcizených věcí, jejich datum pořízení a pořizovací cenu			

POJIŠTĚNÍ ODPOVĚDNOSTI ZA ZPŮSOBENOU ŠKODU

Informace o poškozené osobě:

Příjmení:		Jméno:
Titul:	Datum narození / IČO u právnických osob	Název společnosti u právnických osob
Adresa trvalého bydliště / Sídlo společnosti:		PSČ:
Telefon:	E-mail:	

O jaký typ škody se jedná:	<input type="checkbox"/> na zdraví	<input type="checkbox"/> na majetku
Uvedte podrobný popis za jakých okolností ke škodě došlo:		
Jste s poškozeným v příbuzenském vztahu	<input type="checkbox"/> Ano	<input type="checkbox"/> Ne
Žijete s poškozeným ve společné domácnosti?	<input type="checkbox"/> Ano	<input type="checkbox"/> Ne

ÚDAJE PRO ZASLÁNÍ POJISTNÉHO PLNĚNÍ

Pojistné plnění poukažte:

Poštovní poukázkou na adresu:	PSČ:	
Na korunový bankovní účet pojištěného u:		
Číslo účtu:	kód banky:	spec.symbol:

PROHLÁŠENÍ

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

Souhlasím, aby si pojistitel vyžádal veškerou dokumentaci o zdravotním stavu a průběhu léčení pojištěného pro potřeby šetření škodné události a zprošťuji lékaře slibu mlčenlivosti. Dále zmocňuji lékaře, zdravotnická zařízení a zařízení poskytující zdravotní péči k vyhotovení lékařských zpráv, výpisu ze zdravotnické dokumentace či k jejich zapůjčení.

Rovněž souhlasím, aby si pojistitel pro potřeby šetření škodné události vyžádal potřebné podklady u policie, správních orgánů a jiných pojišťoven.

Počet listů příloh, které přikládám:

V	dne
Podpis pojištěného nebo oprávněného zástupce	

Vyplněné hlášení, prosíme, pošlete na adresu AXA ASSISTANCE, Kodaňská 25, 101 00 Praha 10, Česká republika