

OZNÁMENÍ ŠKODNÉ UDÁLOSTI

z Pojištění úrazu při cestách do zahraničí

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:			

INFORMACE O ŽADATELI

(vyplňte v případě, že pojištěný není shodný s žadatelem)

Příjmení:	Jméno:	Titul:
Rodné číslo: /	Vztah k pojištěnému:	
Adresa trvalého bydliště v ČR (pokud na této adrese nebydlíte, uveďte prosíme korespondenční adresu):		
PSČ:		
Telefon:	E-mail:	

ÚDAJE O ŠKODNÉ UDÁLOSTI

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

Datum škodné události:	Místo:	Stát:
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

ÚRAZOVÉ POJIŠTĚNÍ

Název a adresa zdravotnického zařízení ve kterém Vám bylo poskytnuto první ošetření, případně další léčba:	Od:	Do:
--	-----	-----

Uveďte, prosíme, informace o všech zdravotnických zařízeních v zahraničí a v České republice, kde jste byl/a (nebo stále jste) v souvislosti s úrazem ošetřen/a, léčen/a nebo hospitalizován/a.

Název a adresa zdravotnického zařízení:	Od:	Do:
Jméno lékaře:	Odbornost:	
Název a adresa zdravotnického zařízení:	Od:	Do:
Jméno lékaře:	Odbornost:	

Kdo a kde zjistil trvalé následky

Jméno lékaře:	Odbornost:
Název a adresa zdravotnického zařízení:	

Jaké zranění jste následkem úrazu utrpěl(a)?		
Která část těla byla poraněna?		
Jak se trvalé následky úrazu projevují?		
Měl(a) jste viditelné známky zranění (rány, pohmožděniný apod.)? Pokud ano, popište.	<input type="checkbox"/> Ano	<input type="checkbox"/> Ne
U končetin a párových orgánů označte stranu:	<input type="checkbox"/> Pravá	<input type="checkbox"/> Levá
Dominantní horní končetina je:	<input type="checkbox"/> Pravá	<input type="checkbox"/> Levá
Byla poraněná část těla postižena již před úrazem?	<input type="checkbox"/> Ano	<input type="checkbox"/> Ne
Utrpěl(a) jste v minulosti podobný úraz? Pokud ano, popište.	<input type="checkbox"/> Ano	<input type="checkbox"/> Ne
Poruchy zdraví před úrazem a jejich souvislost s úrazovým poškozením:		

V případě úrazu s následkem smrti přiložte prosím kopii úmrtního listu a originál lékařské zprávy s uvedenou příčinou úmrtí.

DOPLŇJÍCÍ POZNÁMKY

--

ÚDAJE PRO ZASLÁNÍ POJISTNÉHO PLNĚNÍ

Pojistné plnění poukažte:

Poštovní poukázkou na adresu:	PSC:	
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 žadatele	

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