

# OZNÁMENÍ ŠKODNÉ UDÁLOSTI

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

Pojistné plnění nárokujete z pojištění:                      léčebných výloh                      zavazadel                      odpovědnosti za škodu

<b>INFORMACE O POJIŠTĚNĚM</b>		<b>ČÍSLO POJISTNÉ SMLOUVY:</b>	
Datum platnosti pojištění od:		do:	
Příjmení:		Jméno:	
Titul:	Datum narození:	Rodné číslo:	
Adresa trvalého bydliště v ČR (pokud na této adrese nebydlíte, uveďte 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:	
Máte současně jiné cestovní pojištění (např. k platební kartě)? Pokud ano, u jaké společnosti:		Ano	Ne
Oznámil jste škodnou událost asistenční službě?		Ano	Ne
Došlo ke škodné události pod vlivem alkoholu nebo jiných návykových látek?		Ano	Ne
Byla škodná událost šetřena policií? Pokud ano, přiložte policejní zprávu.		Ano	Ne
Vznikla škoda cizím zaviněním? Pokud ano, uveďte podrobnější informace:		Ano	Ne
Vznikla škoda při dopravní nehodě? Pokud ano, uveďte číslo jednací:		Ano	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/a jste před počátkem pojištění uvedeným onemocněním?	Ano                      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 PROKAZUJI TĚMITO ORIGINALY DOKLADŮ

Níže uveďte částky, které žádáte proplatit	Pojištěnému	Lékaři, nemocnici, dopravci
Ambulantní ošetření		
Hospitalizace		
Léky		
Doprava		
Ostatní		
<b>CELKEM</b>		

U políček s možností volby označte zvolenou variantu.

## POJIŠTĚNÍ ZAVAZADEL

O jaký typ škody se jedná:	poškození	zničení	odcizení
Uvedte podrobný popis, za jakých okolností ke škodě došlo. Dále uveďte seznam poškozených, zničených či odcizených věcí (u poškozených/zničených věcí popište rozsah daného poškození), jejich datum pořízení a pořizovací cenu:			

## POJIŠTĚNÍ ODPOVĚDNOSTI ZA ZPŮSOBENOU ŠKODU

Informace o poškozené osobě:

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

O jaký typ škody se jedná:	na zdraví	na majetku
Uvedte podrobný popis, za jakých okolností ke škodě došlo:		
Jste s poškozeným v příbuzenském vztahu?	Ano	Ne
Žijete s poškozeným ve společné domácnosti?	Ano	Ne
Cítíte se být odpovědným za vzniklou škodu?	Ano	Ne

## ÚDAJE PRO ZASLÁNÍ POJISTNÉHO PLNĚNÍ

Pojistné plnění si přejete zaslat:

Poštovní poukázkou na adresu:	PSČ:	
Bankovním převodem na korunový bankovní účet vedený u banky:		
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 (v případě odeslání e-mailem není nutný)	

Vyplněné hlášení zašlete na e-mail [claims.travel@axa-assistance.cz](mailto:claims.travel@axa-assistance.cz), případně poštou na adresu AXA ASSISTANCE, Hvězdova 1689/2a, 140 00 Praha 4, Česká republika