



Oznámení škodní události

z pojištění Úrazové asistence na míru

Pojistné plnění nárokujete z pojištění:

smrti

asistence uzdravení

trvalých následků/invalidity

hospitalizace

odpovědnosti

doby nezbytného léčení úrazu

Informace o žadateli:

Číslo pojistné smlouvy

Příjmení:	Jméno:	Vztah k pojištěnému:
Datum narození:		
Adresa trvalého bydliště v ČR (pokud na této adrese nebydlíte, uveďte korespondenční adresu):		PSČ:
Telefon:	E-mail:	
Pokud žadatelem není Pojištěný (který je zároveň pojistníkem), uveďte právní zájem žadatele na pojistném plnění:		

Údaje o škodní události

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

Datum vzniku škodní události:	Místo:	Stát:	
Byla škodní událost šetřena policií?		Ano	Ne
Došlo ke škodní události pod vlivem alkoholu nebo jiných návykových látek?		Ano	Ne
Vznikla škoda cizím zaviněním? Pokud ano, uveďte podrobnější informace:		Ano	Ne
O jaký úraz se jednalo?			
Uveďte podrobný popis, za jakých okolností k úrazu došlo:			
Utrpěl/a jste v minulosti podobný úraz? Pokud ano, popište.		Ano	Ne
Poruchy zdraví před úrazem a jejich souvislost s úrazovým poškozením:			
Máte sjednáno další platné úrazové pojištění (např. z platební karty)? Pokud ano, u které komerční pojišťovny?		Ano	Ne

Přiložte kopii lékařské zprávy/dokumentace od lékaře, v případě úmrtí doložte úmrtní list, také lékařskou zprávu konstatující příčinu úmrtí, policejní protokol, v případě pojistné události v zahraničí doložte také lékařské zprávy z průběhu následného léčení v České republice.

Údaje pro zaslání pojistného plnění

Pojistné plnění si přeji zaslat:

Bankovním převodem na korunový bankovní účet číslo:	Kód banky:
---	------------

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem všechny otázky zodpověděl/a pravdivě a úplně 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 škodní 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 škodní události vyžádal potřebné podklady u policie, správních orgánů a jiných pojišťoven.

Vyplněné hlášení zašlete na e-mail claims.health@axa-assistance.cz