

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 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 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?	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	

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

Prosíme, uveďte 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:	

Kde byly zjištěny trvalé následky?

Název a adresa zdravotnického zařízení:	
Jméno lékaře:	Odbornost:

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, pohmožděny apod.)? Pokud ano, popište.	Ano	Ne
Na jaké straně byly končetiny a párové orgány postiženy?	Pravá	Levá
Která horní končetina je dominantní?	Pravá	Levá
Byla poraněná část těla postižena již před úrazem?	Ano	Ne
Utrpěl/a jste v minulosti podobný úraz? Pokud ano, popište.	Ano	Ne
Poruchy zdraví před úrazem a jejich souvislost s úrazovým poškozením:		

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

DOPLŇUJÍCÍ POZNÁMKY

--

ÚDAJE PRO ZASLÁNÍ POJISTNÉHO PLNĚNÍ

Pojistné plnění si přejete zaslat:

Poštovní poukázkou na adresu:	PSC:	
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 žadatele	

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