

Oznámení škodné události

Číslo
škodné
události

--

Cestovní pojištění a asistenční služby

Léčebné výlohy v zahraničí

Doručeno:

Číslo pojistné smlouvy:																			
Příjmení a jméno pojištěného:																			
Datum narození:										Rodné číslo:									
Bydliště pojištěného:															PSČ:				
Zák. zástupce u dítěte / Kontakt. osoba:																			
Telefon domů:										Telefon do zaměstnání:									

Jste pojištěn /-a na léč. výlohy v zahraničí u jiné pojišťovny?		ANO	NE
Pojišťovna:			
č. poj. smlouvy:			

Datum vzniku zdravotního problému:										Místo vzniku; stát:									
------------------------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	---------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Příčina škody:		NEMOC			ÚRAZ														
Dopravní nehoda:		Při jakém sportu:																	
Popis zdravotního problému:																			
Diagnóza:																			

Ošetření:		AMBULANTNÍ			NEMOCNÍČNÍ			Hlášeno asistenční službě ELVIA:					ANO	NE
Adresa zdravotnického zařízení:														

NÁKLADY K POJISTNÉ UDÁLOSTI – uveďte částku v cizí měně !!!												Hrazeno klientem	
Ošetření:										ANO	NE		
Léky:										ANO	NE		

Prohlašuji, že všechny údaje uvedené v tomto oznámení jsem uvedl/a úplně a pravdivě a že jsem si vědom/a důsledků nepravdivých nebo neúplných údajů. Souhlasím s tím, aby pojistitel zjišťoval a přezkoumával můj fyzický i psychický zdravotní stav u všech lékařů a zdravotnických zařízení, u kterých jsem se léčil/a, léčím nebo se budu léčit. Tento souhlas uděluji za účelem vyřizování škodných událostí s tím, že zmocňuji lékaře a zdravotnická zařízení k vyhotovení lékařských zpráv, provedení výpisu ze zdravotnické dokumentace nebo k jejímu zapůjčení pojistiteli, a proto zprošťuji povinnosti mlčenlivosti dotazované lékaře a pracovníky zdravotnických zařízení. Souhlasím též s tím, aby si pojistitel vyžádal i jiné informace nezbytné ke stanovení rozsahu pojistného plnění (od policie, soudu apod.). Beru na vědomí, že pojistitel je z hlediska zákona č. 101/2000 Sb. o ochraně osobních údajů, v platném znění, správcem a zpracovatelem osobních údajů, včetně osobních údajů o mém zdravotním stavu. Souhlasím s tím, aby pojistitel tyto údaje o zdravotním stavu zpracovával po celou dobu trvání nároků z tohoto pojištění.

POJISTNÉ PLNĚNÍ POUKAŽTE:

Na jméno a adresu: _____

Na korunový účet: _____ kód banky: _____ spec. symbol: _____

Datum: _____ Podpis: _____

Pozn.: DOLOŽTE PROSÍM ORIGINÁLY ÚČTŮ A LÉKAŘSKOU ZPRÁVU