



Oznámení škodné události z pojištění léčebných výloh

Číslo pojistné smlouvy:

Vyplní pojistitel

Datum platnosti pojištění od: do:

Oznámení doručeno pojistiteli dne:

Počet přijatých příloh:

Otisk razítka a podpis příjemce oznámení

POJIŠTĚNÝ :

Jméno: Příjmení: Titul:

Datum narození:

Rodné číslo:

Adresa trvalého bydliště

Ulice a číslo popisné/orientační: e-mail:

PSC: Obec (dodávací pošta): Telefon:

Zástupce pojištěného:

Jméno: Příjmení: Titul: Telefon:

Korespondenční adresa (ulice, číslo, PSC a dodávací pošta): Vztah k pojištěnému:

POPIS POJISTNÉ UDÁLOSTI: (Nestačí-li místo pro požadované údaje, uveďte je na zvláštním listě)

Kdy a kde došlo k úrazu nebo náhlému onemocnění pojištěného ?

Datum: Místo: Stát:

Uveďte souvisle a podrobně, za jakých okolností došlo k úrazu nebo náhlému onemocnění pojištěného:

Která část těla pojištěného byla poraněna - jak se projevilo náhlé onemocnění ?

Trpěl pojištěný již před počátkem pojištění tímto onemocněním ?

Byla kontaktována asistenční služba, (kdo a kdy) ?

Název a adresa zdravotnického zařízení, které poskytlo první pomoc:

kde se pojištěný léčil:

Dopravu pojištěného do zdravotnického zařízení v cizině provedl:

Dopravu pojištěného do ČR provedl:

Datum návratu pojištěného do ČR:

Jméno a adresa ošetřujícího lékaře v ČR:

Byl úraz nebo náhlé onemocnění zaviněno třetí osobou?

Uveďte, kdo případ vyšetřoval (jméno a adresa) a doložte policejním protokolem či jinou zprávou vyšetřujícího orgánu:

NÁKLADY NA POJISTNOU UDÁLOST:

Vzniklé náklady prokazují těmito originály dokladů a doklady o úhradě (**bez originálních dokladů nemůže být pojistná událost vyřízena !**):

Popis dokladu (účet za léčení, léky, dopravu nebo uveďte ostatní)

Výše nákladů

OŠETŘENÍ:

LÉKY:

DOPRAVA:

OSTATNÍ:

CELKEM:

Pojištěný náklady nehradil - úhradu nákladů požaduje zdravotnické zařízení v celkové částce v zahraniční měně:

Pojištěný náklady uhradil v hotovosti a uplatňuje náhradu nákladů v celkové částce v zahraniční měně:

Pojistné plnění poukažte:

Poštovní poukázkou na adresu :

Na korunový bankovní účet pojištěného číslo: kód banky:

U České spořitelny uveďte i **specifický symbol**

název banky

Uveďte, zda se v době vzniku pojistné události vztahovala některá další pojištění na pojistné riziko z něhož uplatňujete pojistné plnění [Ano/Ne]:

Pokud ano, uveďte názvy pojistitelů a jejich horní hranice plnění:

Prohlášení:

Prohlašuji, že jsem všechny otázky zodpověděl pravdivě a úplně, že jsem k hlášenému úrazu nebo onemocnění vyplnil pouze toto oznámení škodné události a že jsem si vědom důsledků nesprávných odpovědí na povinnost pojistitele plnit.

Souhlasím, aby si pojistitel vyžádal veškerou potřebnou zdravotní dokumentaci o léčení a zdravotním stavu pojištěného.

Počet listů příloh, které přikládám:

Vdne

Podpis pojištěného nebo jeho zástupce

Za pojistitele ověřil úplnost dokladů, rozsah pojištění a jeho platnost v době vzniku pojistné události:

(Jméno a příjmení ověřujícího pracovníka - hůlkovým písmem)

Datum:

Podpis: