

OZNÁMENIE ŠKODOVEJ UDALOSTI

z Poistenia liečebných výdavkov, batožiny a zodpovednosti za spôsobenú škodu pri cestách do zahraničia

Nárokujete poistné plnenie z poistenia: liečebných výdavkov batožiny zodpovednosti za škodu

INFORMÁCIE O POISTENOM		ČÍSLO POISTNEJ ZMLUVY:
Dátum platnosti poistenia od:		do:
Priezvisko:		Meno:
Titul:	Dátum narodenia:	Rodné číslo:
Adresa trvalého bydliska v SR (ak na tejto adrese nebyvate, uveďte, prosíme, korešpondenčnú adresu): PSC:		
Telefón:		E-mail:
Názov a kód zdravotnej poisťovne v SR:		

ÚDAJE O ŠKODOVEJ UDALOSTI (ak nestačí miesto na požadované údaje, uveďte ich vo zvláštnej prílohe)

Dátum škodovej udalosti:	Miesto:	Štát:
Máte súčasne iné cestovné poistenie (napr. k platobnej karte)? Ak áno, u akej spoločnosti:	Áno	Nie
Oznámili ste škodovú udalosť asistenčnej službe?	Áno	Nie
Došlo ku škodovej udalosti pod vplyvom alkoholu alebo iných návykových látok?	Áno	Nie
Bola škodová udalosť vyšetrovaná políciou? Ak áno, priložte policajnú správu.	Áno	Nie
Vznikla škoda cudzím zavinením? Ak áno, uveďte podrobnejšie informácie.	Áno	Nie
Vznikla škoda pri dopravnej nehode? Ak áno, uveďte číslo konania:	Áno	Nie

POISTENIE LIEČEBNÝCH VÝDAVKOV

O aké ochorenie alebo úraz išlo? Uveďte diagnózu (ak ju poznáte):		
Uveďte podrobný popis, za akých okolností došlo k náhlemu ochoreniu alebo úrazu:		
Trpeli ste pred začiatkom poistenia uvedeným ochorením?	Áno	Nie
Meno, adresa a telefón vášho praktického lekára v SR:		
Meno, adresa a telefón príslušného špecialistu v SR (kardiológ, ortopéd, internista, gynekológ a pod.):		

VÝŠKU VZNIKNUTEJ ŠKODY PREUKAZUJEM TÝMITO ORIGINÁLMI DOKLADOV

Nižšie, prosíme, uveďte sumy, ktoré žiadate preplatiť	Poistenému	Lekárovi, nemocnici, dopravcovi
Ambulantné ošetrenie		
Hospitalizácia		
Lieky		
Doprava		
Ostatné		
CELKOVO		

Pri políčkach s možnosťou voľby označte krížikom hodiaci sa variant, nehodiace sa škrtnite.

POISTENIE BATOŽINY

O aký typ škody ide:	poškodenie	zničenie	odcudzenie
Uvedte podrobný popis, za akých okolností došlo ku škode. Uvedte zoznam poškodených, zničených, resp. odcudzených vecí (u poškodených / zničených vecí popíšte rozsah daného poškodenia), dátum zadováženia a obstarávaciu cenu:			

POISTENIE ZODPOVEDNOSTI ZA SPÔSOBENÚ ŠKODU

Informácie o poškodenej osobe:

Priezvisko:		Meno:
Titul:	Dátum narodenia/IČO pri právnických osobách	Názov spoločnosti pri právnických osobách
Adresa trvalého bydliska / Sídlo spoločnosti:		PSČ:
Telefón:	E-mail:	

O aký typ škody ide:	na zdraví	na majetku
Uvedte podrobný popis, za akých okolností ku škode došlo:		
Ste s poškodeným v príbuzenskom vzťahu	Áno	Nie
Žijete s poškodeným v spoločnej domácnosti?	Áno	Nie
Cítite sa byť zodpovedným za vzniknutú škodu?	Áno	Nie

ÚDAJE PRE ZASLANIE POISTNÉHO PLNENIA

Poistné plnenie poukážte:

Poštovou poukážkou na adresu:	PSČ:	
Bankovým prevodom na eurový bankový účet poisteného v:		
Číslo účtu:	kód banky:	špec.symbol:

VYHLÁSENIE

Vyhlasujem, že som všetky otázky zodpovedal/a pravdivo a úplne, že som k hlásenému úrazu alebo ochoreniu vyplnil/a iba toto oznámenie škodovej udalosti a že som si vedomý/á dôsledkov nesprávnych, skreslených alebo neúplných odpovedí na povinnosť poistiteľa plniť. Súhlasím, aby si poisťiteľ vyžiadal všetku dokumentáciu o zdravotnom stave a priebehu liečenia poisteného pre potreby vyšetrovania škodovej udalosti a zbavujem lekára sľubu mlčanlivosti. Ďalej zmocňujem lekára, zdravotnícke zariadenia a zariadenia poskytujúce zdravotnú starostlivosť na vyhotovenie lekárskej správ, výpisu zo zdravotníckej dokumentácie či na ich zapožičanie.

Takisto súhlasím, aby si poisťiteľ pre potreby vyšetrovania škodovej udalosti vyžiadal potrebné podklady na polícii, u správnych orgánov a v iných poisťovniach.

Počet listov príloh, ktoré prikladám:

V	dňa
Podpis poisteného alebo oprávneného zástupcu	

Vyplnené hlásenie zašlite na e-mail claims.travel@axa-assistance.cz,

prípadne poštou na adresu AXA ASSISTANCE, Hvězdova 1689/2a, 140 00 Praha 4, Česká republika