

OZNÁMENIE ŠKODOVEJ UDALOSTI

z Poistenia úrazu pri cestách do zahraničia

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): PSČ:			
Telefón:		E-mail:	
Názov a kód zdravotnej poisťovne v SR:			

INFORMÁCIE O ŽIADATELOVI		(vyplňte v prípade, že poistený nie je zodný so žiadateľom)	
Priezvisko:	Meno:	Titul:	
Rodné číslo:	Vzťah k poistenému:		
Adresa trvalého bydliska v SR (ak na tejto adrese nebyvate, uveďte, prosíme, korešpondenčnú adresu): PSČ:			
Telefón:		E-mail:	

ÚDAJE O ŠKODOVEJ UDALOSTI		(ak nestačí miesto na požadované údaje, uveďte ich vo zvláštnej prílohe)	
Dátum škodovej udalosti:	Miesto:	Štát:	
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

ÚDAJE O LIEČBE			
Názov a adresa zdravotníckeho zariadenia, v ktorom vám bolo poskytnuté prvé ošetrenie, prípadne ďalšia liečba:	Od:	Do:	

Uveďte, prosíme, informácie o všetkých zdravotníckych zariadeniach v zahraničí a ve Slovenskej republike, kde ste boli (alebo stále ste) v súvislosti s úrazom ošetrený/á, liečený/á alebo hospitalizovaný/á.

Názov a adresa zdravotníckeho zariadenia:	Od:	Do:	
Meno lekára:	Odbornosť:		
Názov a adresa zdravotníckeho zariadenia:	Od:	Do:	
Meno lekára:	Odbornosť:		

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

Kto a kde zistil trvalé následky

Meno lekára:	Odbornosť:
Názov a adresa zdravotníckeho zariadenia:	

Aké zranenie ste následkom úrazu utrpeli?		
Ktorá časť tela bola poranená?		
Ako sa trvalé následky úrazu prejavujú?		
Mali ste viditeľné známky zranenia (rany, pomliaždeniny a pod.)? Ak áno, opíšte.	Áno	Nie
Pri končatinách a párových orgánoch označte stranu:	Pravá	Ľavá
Dominantná horná končatina je:	Pravá	Ľavá
Bola poranená časť tela postihnutá už pred úrazom?	Áno	Nie
Utrpeli ste v minulosti podobný úraz? Pokud ano, popíšte.	Áno	Nie
Poruchy zdravia pred úrazom a ich súvislosť s úrazovým poškodením:		

V prípade úrazu s následkom smrti priložte, prosím, kópiu úmrtného listu a originál lekárskej správy s uvedenou príčinou úmrtia.

DOPLŇUJÚCE POZNÁMKY

--

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 poistiteľ 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 správy, výpisu zo zdravotníckej dokumentácie či na ich zapožičanie.

Takisto súhlasím, aby si poistiteľ 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 žiadateľa	

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

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