

Oznámení pojistné události – LÉČEBNÉ VÝLOHY, HOSPITALIZACE, REPATRIACE u cestovního pojištění

Pokyny pro vyplnění formuláře:

1. Vyplňte formulář ve všech bodech. **Bez kompletního vyplnění formuláře nelze zahájit šetření pojistné události a podstatně se prodlouží doba likvidace.**
2. U políček s možností volby označte platnou odpověď křížkem.
3. V případě jakýchkoli nejasností při vyplňování formuláře nás můžete kontaktovat na bezplatné informační lince Klientského servisu 800 10 66 10.
4. Oznámení zašlete na adresu: AXA ASSISTANCE CZ, s.r.o., Office Park Nová Karolina, 28. října 3348/65, 702 00 Ostrava nebo prostřednictvím svého bankovního poradce v Komerční bance, a. s.

UDAJE O POJISTENÉM		
Číslo pojistné smlouvy:		
Příjmení a jméno pojištěného:	Rodné číslo*:	
Místo narození:	Pohlaví: muž žena	
Státní občanství:	Forma pobytu: trvalý jiný	
Adresa trvalého bydliště vč. PSČ:	Telefon:	
Korespondenční adresa (liší-li se od adresy trvalého bydliště):	E-mail:	
Zdravotní pojišťovna pojištěného:		
Jste současně pojištěn/a na léčebné výlohy jiným pojištěním?	<input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne	
Název pojišťovny:	Číslo smlouvy:	
Datum počátku cesty:	Datum návratu z cesty:	
POPIS ŠKODNÉ UDÁLOSTI		
Datum události:	Čas:	Místo události:
Byla pojistná událost zaviněna jinou osobou?	<input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne	
Podrobný popis průběhu a okolností pojistné události:		
Která část těla byla poraněna / kde a jak se projevilo náhlé onemocnění:		
Trpěl/a jste již před vycestováním onemocněním, pro které jste v cizině vyhledal/a lékařské ošetření? <input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne		
Kontaktoval/a jste asistenční službu? <input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne		
Jméno a adresa zdravotnického zařízení, které poskytlo první pomoc:		
Kde jste se léčil/a v zahraničí:		

Jméno a adresa ošetřujícího lékaře v České republice:			
Datum návratu do České republiky:			
Dopravu do zdravotnického zařízení provedl v cizině:			
Dopravu do České republiky provedl:			
Došlo k úrazu při dopravní nehodě? <input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne			
Případ vyšetřoval (jméno a adresa subjektu):			
Doložte policejní protokol či jinou zprávu vyšetřujícího orgánu.			
Výše uvedenou škodní událost prokazujte těmito doklady:			
- originální účet za léčení, léky, dopravu, apod., spolu s doklady zaplacení			
Počet dokladů celkem:			
Ze škodní události uplatňuji náhradu v cizí měně v celkové částce:			
Ze škodní události uplatňuje zdravotnické zařízení náhradu v cizí měně v celkové částce:			
UDAJE PRO VYPLATU POJISTNEHO PLNĚNÍ**			
Žádám o výplatu pojistného plnění z výše uvedené pojistné smlouvy.			
Pojistné plnění poukažte:			
<input type="checkbox"/> na běžný účet (pojistné plnění nelze převádět na termínovaný nebo spořicí účet), účet musí být veden na území České republiky:			
Číslo účtu / kód banky:			
Jedná se o účet, jehož jste oprávněným vlastníkem? ano ne			
Pokud ne, uveďte prosím vlastníka účtu a vztah pojištěného / zákonného zástupce k němu:			
<input type="checkbox"/> na adresu (<i>uvedte jméno, příjmení, ulice, číslo orientační a popisné, PSČ, místo-pošta</i>), adresa musí být na území České republiky:			
Jedná-li se o jinou než trvalou či korespondenční adresu, uveďte prosím důvod zaslání právě na tuto adresu:			
PROHLÁŠENÍ A ZMOCNĚNÍ			
Tímto dodatečně projevuji souhlas s uzavřením pojistné smlouvy pojistníkem. Prohlašuji, že pojistná smlouva byla uzavřena v můj prospěch, jako pojištěné osoby z této smlouvy. Žádám o plnění z pojistné události a prohlašuji, že všechny údaje v tomto Oznámení jsem uvedl/a úplně a pravdivě.			
Jsem si vědom/a, že neúplné a nesprávné odpovědi mají vliv na plnění pojišťovny.			
Souhlasím, aby pojišťovna v souladu s občanským zákoníkem sama nebo prostřednictvím pověřeného lékaře získávala údaje o mém zdravotním stavu, včetně jakékoliv zdravotnické dokumentace, od mého lékaře, zdravotní pojišťovny či jakéhokoli orgánu veřejné moci. Zmocňuji pojišťovnu, aby si od těchto osob či orgánů zjišťovala informace o mém zdravotním stavu, nahlížela do mé zdravotnické dokumentace a jiných záznamů o mém zdravotním stavu, pořizovala z nich výpisy či opisy, a to i po mé smrti. Pro účely tohoto zmocnění a v jeho rozsahu zprošťuji uvedené osoby a orgány jejich zákonné či smluvní povinnosti mlčenlivosti, a to i ve smyslu zákona číslo 372/2011 Sb., o zdravotních službách.			
Podpis pojištěného / zákonného zástupce			
(Zástupce pojišťovny totožnost před podpisem Oznámení ověřil dle průkazu totožnosti)			
V _____ dne _____			
Podpis zástupce pojišťovny			
Zástupce pojišťovny:			
Obchodní místo:	Příjmení, jméno:	Telefon:	Officer kód:
KB			

* vyplní se datum narození, nebylo-li rodné číslo v ČR přiděleno

** **pojistné plnění lze vyplatit vždy pouze na jednu adresu nebo na jeden bankovní účet** (není možné plnění zasílat na více adres či účtů)