



## Oznámení škodné události

- z pojištění léčebných výloh k Cestovnímu pojištění \*)  
 ANO, mám navíc sjednané pojištění zimních sportů ve SNOWPARKU  
 z pojištění léčebných výloh cizinců v schengenském prostoru \*)  
 z pojištění léčebných výloh k EHIC \*)

\*) Označte křížkem sjednané pojištění.

Číslo pojistné smlouvy: \_\_\_\_\_

Otisk razítka, datum převzetí a podpis

Datum trvání pojištění od: ..... do: .....

### POJIŠTĚNÝ :

Jméno: \_\_\_\_\_ Příjmení: \_\_\_\_\_ Titul: \_\_\_\_\_

Datum narození: \_\_\_\_\_ Rodné číslo: \_\_\_\_\_ Kód ZP: \_\_\_\_\_

Ulice a číslo popisné/orientační: \_\_\_\_\_ Adresa bydliště \_\_\_\_\_ e-mail: \_\_\_\_\_

PSČ: \_\_\_\_\_ Obec (dodávací pošta): \_\_\_\_\_ Telefon: \_\_\_\_\_

### Zákonný zástupce/ opatrovník pojištěného:

Jméno: \_\_\_\_\_ Příjmení: \_\_\_\_\_ Titul: \_\_\_\_\_ Telefon: \_\_\_\_\_

Datum narození: \_\_\_\_\_ Rodné číslo: \_\_\_\_\_ e-mail: \_\_\_\_\_

Korespondenční adresa (ulice, číslo, PSČ, dodávací pošta): \_\_\_\_\_ Vztah k pojištěnému: \_\_\_\_\_

### POPIS ŠKODNÉ 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, 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:

Doba pobytu pojištěného v cizině:

Datum odjezdu z ČR: \_\_\_\_\_

Datum příjezdu do ČR: \_\_\_\_\_

Máte-li sjednaný typ pojištění "Opakovaný pobyt", výjezd doložte například: letenkou či jízdenkou vydanou na jméno pojištěného (na které je vyznačeno, že cesta byla uskutečněna z ČR), potvrzením z cestovního dokladu (je nutno okopírovat stranu s iniciály pojištěného i stranu s otiskem razítka celní kontroly), kopií lékařské zprávy z ČR, potvrzením zaměstnavatele či školy, kopií potvrzení o převzetí doporučené zásilky apod.

Jméno a adresa ošetřujícího lékaře v ČR:

Byl úraz nebo náhlé onemocnění zaviněno třetí osobou? ANO NE nehodící se škrtněte  
V případě odpovědi ANO, uveďte kým byl úraz/onemocnění zaviněno (jméno, příjmení, kontaktní adresa)

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

### NÁKLADY NA ŠKODNOU 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	Měna
OŠETŘENÍ: ..... .....		
LÉKY: ..... .....		
DOPRAVA: .....		
OSTATNÍ: .....		
CELKEM:		

**Pojištěný náklady nehradil** - úhradu nákladů požaduje zdravotnické zařízení v celkové částce a měně: .....

**Pojištěný náklady uhradil** a uplatňuje náhradu nákladů v celkové částce a měně: .....

#### Pojistné plnění poukažte:

Poštovní poukázkou na adresu: .....

Na korunový bankovní účet číslo: ..... kód banky: .....

.....  
název banky

**Uveďte, zda se v době vzniku škodné události vztahovala některá další plnění 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.**

**Opravňuji všechny dotazované lékaře, ústavy, zdravotnická zařízení a zdravotní pojišťovny, aby poskytli pojistiteli potřebnou zdravotní dokumentaci o léčení a zdravotním stavu pojištěného.**

Počet listů příloh, které přikládám:.....

V.....dne.....

.....  
Podpis oznamovatele

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

.....  
(Jméno a příjmení ověřujícího pracovníka - hůlkovým písmem)

V.....dne.....

.....  
Podpis ověřujícího pracovníka