

Oznámenie o škode z cestovného poistenia – úraz / liečebné náklady

Pre urýchlenie likvidácie škodovej udalosti je potrebné, aby ste odpovedali na všetky otázky čo najpresnejšie, najvýstižnejšie a pravdivo. Správne odpovede označte krížikom v príslušnom štvorčeku a uveďte odpovede na doplnkové otázky. **Priložte všetky dostupné doklady.**

| | | | |
|-----------------------|--------------------|----|----|
| Číslo poistnej zmluvy | Platnosť poistenia | Od | Do |
| Poistník | | | |

| | |
|--------------------|-------------|
| Meno poisteného | Rodné číslo |
| Ulica a číslo domu | Tel. číslo |
| PSČ / Mesto (Obec) | e-mail |
| Číslo účtu | |

| | | |
|----------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------|
| Krajina pobytu | Účel cesty | |
| Spôsob prepravy | Dátum vycestovania | Dátum návratu |
| Máte súbežne uzavreté aj iné poistenie na toto riziko? | <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> áno - uveďte názov a sídlo poisťovne: č. PZ: | |
| Máte súbežne uzavreté aj komerčné úrazové alebo zdravotné poistenie? | <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> áno - uveďte názov a sídlo poisťovne: č. PZ: | |

| | |
|------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Miesto vzniku škody (adresa a štát) | Dátum a čas vzniku škody |
| Podrobný popis vzniku a priebehu škody | |
| Mená a adresy svedkov vzniku škody | 1. 2. |
| Vyšetruvala vznik škody polícia? | <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> áno - názov a adresa oddelenia polície: číslo vyšetrovacieho spisu: |
| Bola kontaktovaná asistenčná spoločnosť? | <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> áno - uveďte dátum a čas kontaktovania: |

Poistenie liečebných nákladov:

| | | | |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|
| Ak bolo príčinou PU ochorenie, trpel poistený už pred začiatkom poistenia chorobou, pre ktorú v zahraničí vyhľadal lekársku pomoc? | <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> áno - uveďte od kedy a akým | Jedná sa o chronické ochorenie? | <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> áno |
| Ak príčinou PU bol úraz, zavinila PU iná osoba? | <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> áno - uveďte jej meno a adresu: | | |
| V ktorom zdravotníckom zariadení bolo poskytnuté prvé ošetrenie? | | | |
| Aká lekárska starostlivosť alebo služba bola poistenému poskytnutá? | <input type="checkbox"/> vyšetrenie pre určenie liečby <input type="checkbox"/> prevoz do SR alebo krajiny trvalého pobytu <input type="checkbox"/> prevoz telesných pozostatkov <input type="checkbox"/> lieky, zdravotné pomôcky <input type="checkbox"/> iné | <input type="checkbox"/> nevyhnutné ošetrenie <input type="checkbox"/> hospitalizácia <input type="checkbox"/> prevoz do nemocnice v zahraničí <input type="checkbox"/> doprovod pacienta | |

Úrazové poistenie:

| | | |
|------------------------------------------------------------|---------------------------------|----------------------------------------------|
| Zanechá úraz trvalé následky? | <input type="checkbox"/> nie | <input type="checkbox"/> - uveďte aké áno |
| Bola poškodená časť tela už pred úrazom funkčne poškodená? | <input type="checkbox"/> nie | <input type="checkbox"/> - uveďte ako áno |

Zoznam dokladov a príloh predložených k poistnej udalosti (originály)

| | | | |
|---|--|---|--|
| 1 | | 4 | |
| 2 | | 5 | |
| 3 | | 6 | |

Iné záznamy

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Prehlásenie poisteného: Pre účely zistenia konfliktu záujmov prehlasujem, že som:

- a) v zamestnaneckom, či inom obdobnom pracovnoprávnom vzťahu k spoločnosti Colonnade áno nie
- b) príbuzným (rodič, dieťa, prarodič, vnuk, vnučka, súrodenec, manžel/ka) zamestnanca spoločnosti Colonnade áno nie
- c) finančným sprostredkovateľom v zmysle osobitného zákona pre spoločnosť Colonnade áno nie

Vyhlasujem, že všetky moje odpovede na písomné otázky poisťiteľa, ako aj všetky údaje, ktoré som uviedol v tomto oznámení sú pravdivé a úplné a že som si vedomý možných dôsledkov v prípade zamlčania závažných okolností alebo uvedenia nesprávnych informácií.

Súhlasím s tým, aby poisťiteľ zisťoval a prešetroval môj zdravotný stav u všetkých lekárov, v zdravotníckych zariadeniach a v zariadeniach poskytujúcich zdravotnú starostlivosť, v ktorých som sa liečil alebo sa budem liečiť.

Zbavujem povinnosti zachovávať mlčanlivosť voči poisťiteľovi a splnomocňujem lekára, zdravotnícke zariadenie a zariadenia poskytujúce zdravotnú starostlivosť k vyhotoveniu lekárskeho správ, výpisov zo zdravotnej dokumentácie, ako aj k jej zapožičaniu za účelom šetrenia poistných udalostí i na dobu po mojej smrti.

V dňa

.....
Meno a priezvisko poisteného alebo oprávneného zástupcu

.....
Podpis