

Oznámenie o škodovej udalosti 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
Meno poistníka			

Meno a priezvisko	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 (adresa a štát)	Dátum a čas vzniku
Podrobný popis vzniku a priebehu	
Mená a adresy svedkov vzniku škody	1. 2.
Vyšetřovala vznik 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 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	Ide o chronické ochorenie?	<input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> áno
Ak bol príčinou úraz, zavinila ho iná osoba?	<input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> áno - uveďte jej meno a adresu:		
V ktorom zdravotníckom zariadení bolo poskytnuté prvé ošetrovanie?			
Aká lekárska starostlivosť alebo služba bola poistenému poskytnutá?	<input type="checkbox"/> vyšetřenie 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 ošetrovanie <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 šetreniu škodovej 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 lekára povinnosti zachovávať mlčanlivosť o mojom zdravotnom stave voči poisťiteľovi a súhlasím s tým, aby lekár, zdravotnícke zariadenie a zariadenie poskytujúce zdravotnú starostlivosť poskytli poisťiteľovi lekárske správy týkajúce ochorenia, výpisy zo zdravotnej dokumentácie, prípadne aby ju zapožičali poisťiteľovi k nahliadnutiu za účelom šetrenia poistných udalostí na nevyhnutnú dobu.

V dňa

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

.....
Podpis