

Oznámenie o škode z cestovného poistenia – úraz / liečebné náklady

Pre urýchlenie likvidácie škodovej udalosti je potrebné, aby ste odpovedali na všetky otázky čo najpresnejšie a najvýstižnejšie. Správne odpovede označte krížikom v príslušnom štvorčeku a uveďte odpovede na doplnkové otázky. Priložte všetky dostupné doklady. (Obráťte list na druhú stranu)

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

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

| | | |
|--|------------------------------|--|
| 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: |
| Máte súbežne uzavreté aj komerčné úrazové alebo zdravotné poistenie? | <input type="checkbox"/> nie | <input type="checkbox"/> áno - uveďte názov a sídlo poisťovne: |

| | |
|--|---|
| 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. |
| Vyšetřovala vznik škody polícia? | <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> áno - uveďte presný názov policajnej zložky a adresu: |
| Bola kontaktovaná asistenčná spoločnosť? | <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> áno - uveďte dátum a čas kontaktovania: o: |

Poistenie liečebných nákladov:

| | | |
|--|--|---|
| Ak príčinou PU bolo 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:

.....

.....

.....

Pre účely zistenia konfliktu záujmov prehlasujem, že som:

- | | | |
|---|------------------------------|------------------------------|
| a) v zamestnaneckom, či inom obdobnom pracovnoprávnom vzťahu k spoločnosti Colonnade | <input type="checkbox"/> áno | <input type="checkbox"/> nie |
| b) príbuzným (rodič, dieťa, prarodič, vnuk, vnučka, súrodenec, manžel/ka) zamestnanca spoločnosti Colonnade | <input type="checkbox"/> áno | <input type="checkbox"/> nie |
| c) finančným sprostredkovateľom v zmysle osobitného zákona pre spoločnosť Colonnade | <input type="checkbox"/> áno | <input type="checkbox"/> 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 zamĺčania závažných okolností alebo uvedenia nesprávnych informácií.

Svojim podpisom na tomto oznámení dávam poisťiteľovi súhlas na spracúvanie osobných údajov o mojom zdravotnom stave, ktoré sú uvedené v tomto oznámení, vo vyhotoveniach lekárskejších správ, výpisoch zo zdravotnej dokumentácie a ktorých spracúvanie je nevyhnutné na účely plnenia zmluvných a zákonných práv a povinností poisťiteľa, a to v súvislosti so šetrením príčin vzniku poistnej udalosti a rozsahu povinností poisťiteľa plniť. Uvedený súhlas je platný na dobu šetrenia poistnej udalosti a na dobu potrebnú na zabezpečenie plnenia práv a povinností poisťiteľa v súvislosti s poskytnutím poistného plnenia v zmysle platnej legislatívy.

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 lekárskejších správ, výpisov zo zdravotnej dokumentácie, ako aj k jej zapožičaniu za účelom šetrenia poistných udalostí i na dobu po mojej smrti.

V dňa

Meno, podpis **poisteného**