

## 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)

|                                    |                                    |          |
|------------------------------------|------------------------------------|----------|
| <b>Číslo poisťnej zmluvy</b> ..... | <b>Platnosť poistenia</b> Od ..... | Do ..... |
| <b>Poistník</b> .....              |                                    |          |

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

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

|  |                                   |         |
|--|-----------------------------------|---------|
| <b>Miesto vzniku škody</b> (adresa a štát) .....   | Dátum a čas vzniku škody .....    |         |
| <b>Podrobný popis vzniku a priebehu škody</b>  |                                   |         |
| 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: ..... | číslo vyšetřovacieho spisu: ..... |         |
| <i>(Potvrdenie polície o hlásení vzniku škody doložiť v prílohe)</i>   |                                   |         |
| 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 .....   | 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   | <input type="checkbox"/> - 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"/> nevyhnutné ošetrenie<br><input type="checkbox"/> prevoz do SR alebo krajiny trvalého pobytu <input type="checkbox"/> hospitalizácia<br><input type="checkbox"/> prevoz telesných pozostatkov <input type="checkbox"/> prevoz do nemocnice v zahraničí<br><input type="checkbox"/> lieky, zdravotné pomôcky <input type="checkbox"/> doprovod pacienta<br><input type="checkbox"/> iné ..... |   |

**Úrazové poistenie:**

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

**Zoznam dokladov a príloh predložených k poistnej udalosti (originály)**

|   |  |
|---|--|
| 1 |  |
| 2 |  |
| 3 |  |

|   |  |
|---|--|
| 4 |  |
| 5 |  |
| 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.

Zároveň potvrdzujem, že mi boli poskytnuté Informácie o spracúvaní osobných údajov podľa článkov 13 a 14 nariadenia Európskeho parlamentu a Rady 2016/679 o ochrane fyzických osôb pri spracúvaní osobných údajov a o voľnom pohybe takýchto údajov, ktoré sú prístupné aj na webovom sídle poisťiteľa [www.colonnade.sk](http://www.colonnade.sk).

V .....

dňa .....

.....

Meno, podpis **poisteného**