

OZNÁMENIE O ŠKODOVEJ UDALOSTI z cestovného poistenia

Nárokujete poistné plnenie z poistenia:

- | | | |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> liečebných nákladov/výdavkov | <input type="checkbox"/> batožiny/dokladov | <input type="checkbox"/> zodpovednosti za škodu |
| <input type="checkbox"/> technickej pomoci v zahraničí | <input type="checkbox"/> právnej pomoci | <input type="checkbox"/> meškania letu/dopravy/batožiny |
| <input type="checkbox"/> storna cesty, nevyužitej dovolenky, predčasného návratu | <input type="checkbox"/> zásahu Horskej záchrannej služby v SR | <input type="checkbox"/> vyslania náhradného pracovníka |

INFORMÁCIE O POISTENOM

Meno, priezvisko, titul Rodné číslo (vek max. 75 rokov)

Adresa trvalého pobytu (ulica, súpisné číslo) Obec PSČ

Korešpondenčná adresa¹ Obec PSČ

Tel. číslo Názov/kód Zdravotnej poisťovne v SR E-mail

Ste politicky exponovanou osobou podľa zákona č. 297/2008 Z.z.? áno nie Ak áno, uveďte v akom postavení

¹ Vyplniť iba v prípade, ak je iná ako adresa trvalého pobytu.

ÚDAJE O ŠKODOVEJ UDALOSTI

Dátum škodovej udalosti Miesto Štát

Ste súčasne poistený na rovnaké riziko inou poistnou zmluvou (napr. z platobnej karty)? áno nie Ak áno, uveďte aké

Oznámili ste škodovú udalosť asistenčnej službe? áno nie

Došlo ku škodovej udalosti pod vplyvom alkoholu alebo iných návykových látok? áno nie

Bola škodová udalosť vyšetrovaná políciou? áno nie Ak áno, priložte policajnú správu

Vznikla škoda cudzím zavinením? áno nie Ak áno, uveďte podrobnejšie informácie

Vznikla škoda pri dopravnej nehode? Ak áno, uveďte číslo konania áno nie

POISTENIE LIEČEBNÝCH NÁKLADOV/VÝDAVKOV

O aké ochorenie alebo úraz išlo? Uveďte diagnózu (ak ju poznáte)

Uveďte podrobný popis, za akých okolností došlo k náhlemu ochoreniu alebo úrazu

Trpeli ste pred začiatkom poistenia uvedeným ochorením? áno nie

Meno, adresa a telefón vášho praktického lekára v SR

Meno, adresa a telefón príslušného špecialistu v SR (kardiológ, ortopéd, internista, gynekológ a pod.)

VÝŠKU VZNIKUTEJ ŠKODY PREUKAZUJEM TÝMITO ORIGINÁLMI DOKLADOV

Nižšie, prosíme, uveďte sumy, ktoré žiadate preplatiť

Poistenému

Lekárovi, nemocnici, dopravcovi

Ambulantné ošetrovanie

Hospitalizácia

Lieky

Doprava

Ubytovanie

Ostatné

CELKOVO**POISTENIE BATOŽINY/DOKLADOV**O aký typ škody ide? poškodenie zničenie odcudzenie

Uveďte podrobný popis, za akých okolností došlo ku škode a uveďte zoznam poškodených, zničených, resp. odcudzených vecí, ich dátum zadováženia a obstarávaciu cenu.

POISTENIE ZODPOVEDNOSTI ZA ŠKODU (Informácie o poškodenej osobe)Meno, priezvisko, titul/Obchodné
meno (ak ide o právnickú osobu)

Rodné číslo/IČO

Adresa trvalého pobytu
(ulica, súpisné číslo)/sídlo

Obec

PSČ

Tel. číslo

E-mail

O aký typ škody ide? na zdraví na majetku

Uveďte podrobný popis, za akých okolností ku škode došlo

Ste s poškodným v príbuzenskom vzťahu? áno nieŽijete s poškodným v spoločnej domácnosti? áno nie**POISTENIE TECHNICKEJ POMOCI V ZAHRANIČÍ**

Krátky popis udalosti

Druh vozidla

EČV

Druh nároku

POISTENIE PRÁVNEJ POMOCIVedie sa trestné konanie priestupkové konanie občianskoprávne konanie

Proti komu

Ktorým orgánom

Krátky popis udalosti

POISTENIE MEŠKANIA LETU, DOPRAVY ALEBO BATOŽINY

Krátky popis udalosti

Druh zmeškaného dopravného prostriedku Dôvod omeškania Názov prepravnej spoločnosti Dátum a čas plánovaného odchodu/odletu Dátum a čas skutočného odchodu/odletu Uplatnili ste si nárok na náhradu voči dopravcovi? áno nie Ak áno, s akým výsledkom **POISTENIE STORNA CESTY, NEVYUŽITEJ DOVOLENKY, PREDČASNÉHO NÁVRATU** individuálna cesta cesta organizovaná cestovnou kanceláriou Krajina pobytu/cieľová destinácia Spôsob dopravy Dátum odchodu/návratu Dôvod storna cesty/nevyužitia dovolenky/predčasného návratu Za cestu/bytovanie bolo uhradené €; z toho bolo vrátené €; nevratné storno poplatky €**POISTENIE PRE ZÁSAH HORSKEJ ZÁCHRANNEJ SLUŽBY V SR**

Krátky popis udalosti

Druh zásahu HZS pátranie transport vyslobodenie preprava pozostatkovBoli voči Vám uplatnené náklady HZS áno nie Ak áno, v akej výške? **POISTENIE VYSLANIA NÁHRADNÉHO PRACOVNÍKA** repatriácia preprava telesných pozostatkov Meno a priezvisko náhradného pracovníka Miesto v SR, odkiaľ bol náhradný pracovník vyslaný Výška nákladov na vyslanie náhradného pracovníka €**ÚDAJE PRE ZASLANIE POISTNÉHO PLNENIA**Adresát poistného plnenia
Meno, priezvisko, adresa, resp. obchodné meno, sídlo Poistné plnenie zaslať poštovou poukážkou bankovým prevodomČíslo bankového účtu v tvare IBAN SWIFT/BIC banky príjemcu **PREHLÁSENIE ZÁKONNÉHO ZÁSTUPCU U MALOLETÉHO POISTENÉHO**

Čestne prehlasujem, že som oprávnený zastupovať a spravovať veci môjho dieťaťa a som si vedomý dôsledkov, keby toto prehlásenie nebolo pravdivé.

Meno zákonného zástupcu Rodné číslo Ste politicky exponovanou osobou podľa zákona č. 297/2008 Z.z.? áno nie Ak áno, uveďte v akom postavení
Miesto a dátum.....
Podpis poisteného/zákonného zástupcu maloletého poisteného
alebo oprávnenej osoby

VYHLÁSENIA

Vyhlasujem, že som všetky otázky zodpovedal/a pravdivo a úplne, že som k hlásenému úrazu alebo ochoreniu vyplnil/a iba toto oznámenie škodovej udalosti a že som si vedomý/á dôsledkov nesprávnych, skreslených alebo neúplných odpovedí na povinnosť poisťiteľa plniť. Súhlasím, aby si poisťiteľ vyžiadal všetku dokumentáciu o zdravotnom stave a priebehu liečenia poisteného pre potreby vyšetrovania škodovej udalosti a zbavujem lekára sľubu mlčanlivosti. Ďalej zmocňujem lekára, zdravotnícke zariadenia a zariadenia poskytujúce zdravotnú starostlivosť na vyhotovenie lekárskeho správ, výpisu zo zdravotníckej dokumentácie či na ich zapožičanie. Takisto súhlasím, aby si poisťiteľ pre potreby vyšetrovania škodovej udalosti vyžiadal potrebné podklady na polícii, u správnych orgánov, v zdravotných poisťovniach a v iných poisťovniach. V prípade, že ide o škodovú udalosť neplnoletého dieťaťa a toto Oznámenie o škodovej udalosti z cestovného poistenia podávam ako zákonný zástupca neplnoletého dieťaťa, čestne prehlasujem, že som oprávnený zastupovať a spravovať veci môjho dieťaťa a som si vedomý dôsledkov, keby toto prehlásenie nebolo pravdivé.

Počet listov príloh, ktoré prikladám

.....
Miesto a dátum

.....
Podpis poisteného/zákonného zástupcu alebo oprávnenej osoby