

**Oznámení škodné události  
z pojištění léčebných výloh**

k pojistné smlouvě čís.

**1. Pojištěný**

Jméno a příjmení, titul (popř. název firmy).....  
popř. zástupce (jméno, příjmení, adresa, vztah k pojištěnému) .....

Místo trvalého pobytu .....PSC .....

Rodné číslo (IČ) ..... Telefon ..... E-mail .....

Plnění poslat na:  
Účet číslo ..... kód banky ..... var. symbol .....

**2. Popis pojistné události** (nestačí-li místo, uveďte na zvláštním listě)

K úrazu nebo náhlému onemocnění došlo  
dne.....místo.....stát .....

Popsjte souvisle a podrobně, za jakých okolností k úrazu nebo náhlému onemocnění pojištěného došlo:

Která část těla pojištěného byla poraněna nebo jak se projevilo náhlé onemocnění:

Trpěl pojištěný již před počátkem pojištění tímto onemocněním?  ne  ano

Byla kontaktována asistenční služba (kdo a kdy)? .....

Název a adresa zdravotnického zařízení, které poskytlo první pomoc.....

Kde se pojištěný léčil .....

Dopravu pojištěného do zdravotnického zařízení v cizině provedl .....

Dopravu pojištěného do ČR provedl .....

Jméno, příjmení a adresa ošetřujícího lékaře v ČR .....

Byl úraz nebo náhlé onemocnění zaviněno třetí osobou:

ne  ano - kým (jméno, příjmení a kontaktní adresa).....

Uveďte, kdo případ vyšetřoval (jméno a adresa) a doložte policejním protokolem či jinou zprávou vyšetřujícího orgánu.....

**3. Náklady na pojistnou událost**

Vzniklé náklady prokazují těmito originály dokladů o úhradě (**bez originálních dokladů nemůže být pojistná událost vyřízena!**)

Popis dokladu (účet za léčení, léky, dopravu nebo uveďte ostatní)	Výše nákladů	Měna
Ošetření:		
Léky:		
Doprava:		
Ostatní:		
<b>C e l k e m</b>		

Pojištěný náklady nehradil – úhradu nákladů požaduje zdravotnické zařízení v celkové částce a měně .....

Pojištěný náklady uhradil a uplatňuje náhradu nákladů v celkové uhrazené částce a měně .....

Bylo uzavřeno další pojištění pro toto pojistné nebezpečí i u jiného pojistitele?

ne  ano - u kterého .....č. pojistné smlouvy .....

Uplatňujete u tohoto pojistitele náhradu škody?  ne  ano - uveďte horní hranici plnění .....

**5. Prohlášení**

Prohlašuji, že veškeré údaje mnou udané jsou úplné, pravdivé a nic jsem nezamlčel. Jsem si vědom důsledku nesprávných odpovědí pro povinnost pojistitele poskytnout pojistné plnění. Souhlasím s tím, aby si pojistitel vyžádal veškerou potřebnou zdravotní dokumentaci o mém léčení a zdravotním stavu resp. o léčení a zdravotním stavu pojištěného. Uvědomuji si, že poskytnutím nepravdivých a zkreslených údajů se vystavuji nebezpečí stíhání pro trestný čin pojistného podvodu (§ 250a tr. zák.)

Počet listů příloh, které přikládám: .....

V ..... dne ..... podpis pojištěného (zástupce).....