

OZNÁMENÍ POJISTNÉ UDÁLOSTI

z úrazového pojištění

 Číslo pojistné události
 (vyplní pojišťovna)

Číslo pojistky = číslo cestovní smlouvy

I. Oznámení pojištěného

Příjmení a jméno:	Rodné číslo								
Adresa trvalého bydliště:									PSČ:
Kontaktní telefon:									
Název zdravotní pojišťovny:									Kód:

II. Údaje o pojistné události (úrazu)

Datum vzniku:	Místo vzniku:
Místo ošetření:	Stát:
<u>Podrobný popis okolností a průběhu vzniku pojistné události (úrazu):</u> (v případě potřeby rozvedte v příloze)	
.....	

Která část těla byla poraněna?					
Byla poraněná část těla postižena úrazem již dříve?	<input type="checkbox"/>	ANO	<input type="checkbox"/>	NE	V případě, že ANO uveďte kdy:
U končetin a párových orgánů uveďte poraněnou stranu	<input type="checkbox"/>	Pravá	<input type="checkbox"/>	Levá	Pojištěný je <input type="checkbox"/> Pravák <input type="checkbox"/> Levák
Předpokládáte, že úraz zanechá trvalé následky?	<input type="checkbox"/>	ANO	<input type="checkbox"/>	NE	
Došlo k úrazu při výkonu povolání?	<input type="checkbox"/>	ANO	<input type="checkbox"/>	NE	
Došlo k úrazu při sportovní činnosti?	<input type="checkbox"/>	ANO	<input type="checkbox"/>	NE	V případě, že ANO uveďte při jaké:

III. Údaje o zdravotnickém zařízení a lékaři

III. a. Kde bylo poskytnuto první ošetření

Název zdravotnického zařízení:	
Adresa zdravotnického zařízení:	
PSČ:	
Jméno lékaře:	Kontaktní telefon:
Datum ošetření:	Hodina ošetření:

III. b. Kde byl úraz dále léčen

Název zdravotnického zařízení:	
Adresa zdravotnického zařízení:	
PSČ:	
Jméno lékaře:	Kontaktní telefon:
Od kdy – do kdy:	

III. c. Údaje o praktickém lékaři v České republice

Jméno praktického lékaře:	Kontaktní telefon:
Adresa praktického lékaře:	PSČ:

IV. Pojistné plnění poukázat

(V případě zaslání pojistného plnění poštovní poukázkou bude pojištěnému od přiznaného pojistného plnění odečtena částka za poštovné)

poštovní poukázkou na jméno a adresu:

.....

Na účet číslo / banka:	variabilní symbol:
v peněžním ústavu (název a sídlo):	

Prohlášení o zmocnění

Prohlašuji, že všechny údaje uvedené v tomto „Oznámení pojistné události“ jsou úplné, pravdivé a nic nebylo zamlčeno a jsem si vědom(a) právních důsledků nesprávných odpovědí na povinnosti Cestovní pojišťovny ADRIA Way družstvo plnit. Souhlasím s tím, aby si pojišťovna vyžádala o mém léčení a zdravotním stavu veškerou potřebnou dokumentaci.

Souhlasím s tím, aby Cestovní pojišťovna ADRIA Way družstvo zpracovávala ve smyslu zákona č. 101/2000 Sb., o ochraně osobních údajů, mé osobní a citlivé údaje v rámci pojišťovací a zajišťovací činnosti a to po dobu potřebnou pro účely cestovního pojištění.

V dne
.....
podpis pojištěného (oprávněné osoby)

V. Vysvětlení

Nárok na pojistné plnění vzniká za podmínek stanovených ve Všeobecných pojistných podmínkách pro cestovní pojištění a Smluvních ujednáních pro cestovní pojištění.

Za nezletilého uplatňuje nárok na pojistné plnění jeho zákonný zástupce (oprávněná osoba).

Přílohou tohoto **Oznámení pojistné události** je podle druhu uplatňovaného nároku na pojistné plnění **Zpráva lékaře – doba nezbytného léčení** nebo **Zpráva lékaře – trvalé následky**.