

# OZNÁMENÍ POJISTNÉ UDÁLOSTI

## z pojištění léčebných výloh

 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 (onemocnění – úrazu)

Datum vzniku:	Místo vzniku:	
Místo ošetření:	Stát:	
<u>Podrobný popis (onemocnění - úrazu), pro který bylo vyhledáno lékařské ošetření:</u> (v případě potřeby rozvedte v příloze)		
..... ..... .....		
Probíhalo před začátkem pojištění léčení na onemocnění, pro které jste v zahraničí vyhledal lékařské ošetření?		
ANO	NE	V případě, že <b>ANO</b> , od kdy - do kdy:

III. Údaje o poskytnuté péči (odpovídající označte „X“)	Uhrazena částka (měna)
<input type="checkbox"/> Lékařské ošetření	
<input type="checkbox"/> Ošetření zubním lékařem	
<input type="checkbox"/> Pobyť v nemocnici	
<input type="checkbox"/> Léky	
<input type="checkbox"/> Přeprava do zdravotnického zařízení nebo nemocnice	
<input type="checkbox"/> Převoz pojištěného do místa trvalého bydliště nebo nemocnice	
<input type="checkbox"/> Převoz tělesných ostatků do ČR	
<input type="checkbox"/> Převoz pojištěného nebo tělesných ostatků mimo ČR	
<b>Uhrazeno celkem částka (měna)</b>	

### IV. Údaje o asistenční společnosti AXA ASSISTANCE CZ s.r.o.

Byla při onemocnění – úrazu kontaktována asistenční společnost AXA ASSISTANCE CZ s.r.o. ?	ANO	NE (odpovídající označte „X“)
---	-----	-------------------------------

### V. Přikládání doklady (odpovídající označte „X“)

<input type="checkbox"/> Originály účtů nebo faktur za lékařské ošetření	<input type="checkbox"/> Originály lékařských zpráv a nálezů
<input type="checkbox"/> Originály účtů nebo faktur za léky	<input type="checkbox"/> Voucher cestovní kanceláře
<input type="checkbox"/> Originály účtů nebo faktur za dopravu	<input type="checkbox"/> Průkaz cestovního pojištění

VI. Údaje o praktickém lékaři v České republice	
Jméno praktického lékaře:	Kontaktní telefon:
Adresa praktického lékaře:	PSČ:
VII. Doplnující údaje (odpovídající označte „X“)	
Máte uzavřené ještě jiné pojištění léčebných výloh?	<input type="checkbox"/> ANO <input type="checkbox"/> NE
V případě, že ANO uveďte název pojišťovny:	
Adresa sídla pojišťovny:	PSČ:
Číslo pojistné smlouvy:	Platnost pojištění od - do:
VIII. Pojistné plnění poukázat	
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)

IX. 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).

X. Potvrzení platnosti pojištění (vyplní pojišťovna)
Potvrzujeme platnost pojištění v termínu
od ..... do .....
razítko a podpis zástupce pojišťovny