

Oznámení škodné události z pojištění léčebných výloh

Vyplněné oznámení včetně dokladů o úhradě nákladů a lékařské zprávy zašlete na adresu:
Česká podnikatelská pojišťovna, a.s., Vienna Insurance Group
P.O.BOX 28, 664 42, Modřice

Číslo pojistné smlouvy:

Sjednána dne:

Platnost od: do:

Místo sjednání pojištění:

Číslo škodné události:

(prezentační razítko)

(vyplní pojišťovna)

Pojištěný (vždy vyplnit)

Jméno a příjmení pojištěného:

..... titul:

rodné číslo (u cizince datum narození): tel. číslo: e-mail:

Popř. zákonný zástupce (jméno, příjmení, adresa):

ulice a č.p.: PSČ a bydliště (pošta):

Popis škodné události (nestačí-li místo pro požadované údaje, uveďte je na zvláštním listě)

Datum vzniku škodné události: hodina:

místo škodné události: stát:

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

Která část těla pojištěného byla poraněna – jak se projevilo onemocnění

Trpěl pojištěný již před počátkem pojištění tímto onemocněním?

Byla kontaktována asistenční služba (kdo, 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:

Datum návratu pojištěného do ČR:

Jméno a adresa ošetřujícího lékaře v ČR:

Byl úraz nebo náhlé onemocnění zaviněno třetí osobou? ANO / NE (nehodící se škrtněte)

V případě odpovědi ANO, uveďte kým byl úraz/onemocnění zaviněno?

(jméno, příjmení a kontaktní adresa):

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

Záchrana pojištěného v tísni

Vyplníte pouze v případě technického zásahu záchranné služby (Horská služba, Námořní záchranná služba apod.)

Druh zásahu:

pátrání vysvobození pozemní přeprava letecká přeprava přeprava tělesných ostatků

K oznámení škodné události je nutné doložit fakturu:

Byly náklady uhrazeny? ne ano, předložte doklad

Náklady na škodnou událost:

Vzniklé náklady prokazují těmito doklady:		
Popis dokladu (účet za léčení, léky, dopravu nebo uveďte ostatní):	Výše nákladů	Měna
Ošetření:		
Léky:		
Doprava:		
Ostatní:		
CELKEM:		
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:		
Plnění zaslat na: <input type="checkbox"/> Adresu: (jméno, příjmení, titul) (obec, ulice, č.p.) PSČ		
<input type="checkbox"/> Bankovní spojení (kód banky, číslo účtu apod.)		
Máte uzavřeno další pojištění pro toto pojištění nebezpečí u jiného pojistitele? <input type="checkbox"/> Ano <input type="checkbox"/> Ne		
V případě, že ano, u kterého pojistitele?..... číslo pojistné smlouvy:..... Jaká rizika jsou předmětem pojištění?		
Pojištěný/á prohlašuje, že na všechny otázky bylo zodpovězeno pravdivě a nic nebylo zamlčeno. Dále prohlašuje, že nárok na pojistné plnění za vzniklou škodu neuplatnil/a u žádného dalšího pojistitele.		
Pojištěný souhlasí s tím, aby si pojišťovna vyžádala veškerou potřebnou zdravotní dokumentaci o léčení a zdravotním stavu pojištěného.		
Uvědomuji si, že poskytnutím nepravdivých a zkreslených údajů se vystavuji nebezpečí stíhání pro trestný čin pojistného podvodu (ve znění § 210 zákona č. 40/2009 Sb., trestního zákoníku, v platném znění).		
Počet příloh, které přikládám:		
V dne		
	 podpis pojištěného (oznamovatele)

Pro potřeby pojišťovny:

Za pojistitele hlášení převzal – čitelně, hůlkovým písmem
(jméno, příjmení, titul, identifikace – osobní nebo zprostředkovatelské číslo):
Pracoviště ČPP:, tel:, mobil:
Počet přiložených příloh:
Datum: Podpis: