

Vyplněný fomulář včetně příloh zašlete na adresu: bibova@platinum.cz



Oznámení škodné události z pojištění léčebných výloh a z úrazového pojištění

Číslo pojistné smlouvy
Platnost pojištění
Datum odjezdu z ČR Datum příjezdu do ČR

Pojištěný

Jméno pojištěného RČ/Dat. narození
Adresa
E-mail Telefon

Oznamovatel škody

Vyplňte v případě, že pojištěný není shodný s oznamovatelem

Jméno RČ/Dat. narození
Adresa
E-mail Telefon

Informace o škodné události

Datum vzniku Hodina vzniku
Místo vzniku
Popis události

Pojištění léčebných výloh

Kontaktoval pojištěný asistenční službu? ANO NE

Název a adresa zdravotnického zařízení, kde bylo provedeno ošetření

Kdo provedl dopravu do zdravotnického zařízení?

K jakému onemocnění došlo? Jaká část těla byla zraněna?

Trpěl pojištěný před počátkem pojištění tímto onemocněním? ANO NE

Odpovídá za škodu jiný subjekt? ANO NE

Šetřila událost policie? ANO NE

Máte sjednáno pojištění léčebných výloh u jiného pojistitele, pokud ano, u jakého.

Soupis vzniklých nákladů

	Částka
Ošetření	<input type="text"/>
Léky	<input type="text"/>
Ostatní	<input type="text"/>
Celkem	<input type="text"/>

Pojištěný náklady **nehradil** - zdravotnické zařízení požaduje uhradit v celkové částce

Pojištěný náklady **uhradil** a požaduje uhradit v celkové částce

Bankovní účet pro výplatu plnění

Úrazové pojištění

Při jaké činnosti došlo ke škodě?

Vznikla škoda pod vlivem návykových látek?

ANO

NE

Kontaktoval pojištěný asistenční službu?

ANO

NE

Název a adresa zdravotnického zařízení, kde bylo provedeno první ošetření, příp. kde byl pojištěný hospitalizován

Uveďte údaje o všech dalších zdravotnických zařízeních, ve kterých jste byl/a v souvislosti s úrazem léčen/a včetně doby léčení

K jakému zranění došlo? Která část těla byla poraněna?

Měl jste viditelné známky zranění (rány, pohmožděnin apod)?

Zanechal úraz trvalé následky? Jak se projevují?

Označte stranu, pokud došlo k poranění končetin nebo párových orgánů

pravá

levá

Která horní končetina je dominantní?

pravá

levá

Byla tato část poraněna již před úrazem?

ANO

NE

Utrpěl/a jste podobný úraz v minulosti?

ANO

NE

Bankovní účet pro výplatu plnění

Prohlašuji, že jsem uvedl/a veškeré informace a okolnosti pravdivě. Jsem si vědom/a toho, že pokud by mnou uvedené údaje byly obráceny v opak, budu čelit všem z toho vyplývajícím právním následkům.

Zprošťuji lékaře slibu mlčenlivosti a souhlasím, aby pojistitel pro potřeby řešení škodné události vyžádal kompletní dokumentaci o mém zdravotním stavu a léčení. Souhlasím, aby ošetřující lékař zapůjčil pojistiteli mou zdravotní dokumentaci, příp. z ní vyhotovil výpis pro potřeby řešení škodné události a aby vyhotovil lékařské zprávy.

Zplnomocňuji pojistitele k případnému vyžádání podkladů u policie, správních orgánů a jiných pojišťoven.

V

dne

Podpis pojištěného nebo oprávněného zástupce