



# OZNÁMENIE ŠKODOVEJ UDALOSTI CESTOVNÉ POISTENIE

- LIEČEBNÉ NÁKLADY V ZAHRANIČÍ  
 DENNÉ DÁVKY POČAS HOSPITALIZÁCIE  
 NEVYDARENÁ DOVOLENKA

Číslo poistnej zmluvy:

**\*Oznamovateľ škodovej udalosti** (osoba, ktorá vypisuje oznámenie škodovej udalosti)

*\*V prípade, ak osoba oznamujúca škodovú udalosť je splnomocnenec poisteného, musí byť súčasťou oznámenia škodovej udalosti plná moc potvrdzujúca oprávnenie splnomocnenca konať v mene poisteného.*

meno, priezvisko  tel.  e-mail

mesto/ ulica, číslo  /  PSČ

**\*\*Poistený**

*\*\* Údaj o poistenom vyplňajte len v prípade, ak oznamovateľ nie je totožný s poisteným.*

meno, priezvisko  tel.  e-mail

mesto/ ulica, číslo  /  PSČ  rodné číslo  /

**Škodová udalosť**

Dátum vzniku  hodina  štát  miesto vzniku škody

**Popíšte podrobne vznik a priebeh zdravotných problémov, kvôli ktorým ste museli vyhľadať lekárske ošetrovanie**

.....  
.....  
.....  
.....

**Forma poskytnutej zdravotnej starostlivosti**

	Výška nákladov v cudzej mene	Výška nákladov v cudzej mene	Výška nákladov v cudzej mene
Ambulantné ošetrovanie	<input type="text"/>	Prevoz do nemocnice v zahraničí <input type="text"/>	Hospitalizácia (od - do) <input type="text"/>
Lieky	<input type="text"/>	Prevoz na územie SR <input type="text"/>	Prevoz telesných pozostatkov <input type="text"/>
Zájazd poriadaný v dňoch <input type="text"/>	Meno, priezvisko blízkej osoby, uvedenej v zmluve o zájazde, ktorej vznikne nárok na plnenie z poistenia nevydarenej dovolenky <input type="text"/>		

Číslo účtu IBAN blízkej osoby: ..... SWIFT kód .....

**Trpeli ste už pred vycestovaním do zahraničia ochorením, kvôli ktorému ste boli v zahraničí ošetrení?**

áno  nie

Ak áno, uveďte dátum od kedy ste pre dané ochorenie v liečbe:

**Zavinila škodovú udalosť iná osoba?**

áno  nie Ak áno, uveďte:

Meno, priezvisko  tel.  e-mail

**Bola škoda hlásená:**

asistenčnej služby	<input type="checkbox"/> áno <input type="checkbox"/> nie	Ak nie, uveďte dôvod: <input type="text"/>
polícii	<input type="checkbox"/> áno <input type="checkbox"/> nie	adresa <input type="text"/>
hasičom	<input type="checkbox"/> áno <input type="checkbox"/> nie	adresa <input type="text"/>

**Je tento druh poistenia dojednaný aj v inej poisťovni?**

áno  nie Ak áno, uveďte:

názov a adresu poisťovne

**Poistné plnenie**

V prípade úhrady vzniknutých nákladov, uveďte presnú sumu nákladov: ..... mena:

Poistné plnenie žiadam poukázať bankovým prevodom na číslo účtu IBAN: ..... SWIFT kód ..... v slovenskej mene

poštovou poukážkou na adresu: ..... meno a priezvisko príjemcu: .....

**Prehlásenie poisteného/oznamovateľa škodovej udalosti**

Podpísaný svojím podpisom potvrdzuje pravdivosť a úplnosť uvedených údajov a zaväzuje sa postupovať v zmysle všeobecne záväzných predpisov. Poistený vyjadruje súhlas s vyžiadanim všetkej potrebnej zdravotnej dokumentácie týkajúcej sa jeho liečby v zahraničí. Zároveň poistený prehlasuje, že súhlasí s tým, aby vyššie uvedené údaje boli poisťovateľom spracovávané a využívané na účely likvidácie škodovej udalosti.

**Prílohy:**

- ✓ lekárska správa z ošetrovania s uvedením diagnózy (originál)
- ✓ zmluva o zájazde (len pri poistení nevydarenej dovolenky - kópia)
- ✓ potvrdenie o vycestovaní a spätnom návrate na územie SR, len pri ročnom a viacročnom CP (kópia)
- ✓ doklad o úhrade v hotovosti za poskytnutú zdrav. starostlivosť, v prípade platby v hotovosti (orig.)
- ✓ účty za poskytnutú zdravotnú starostlivosť, lieky, prevoz (orig.)
- ✓ prepúšťacia správa z hospitalizácie (orig.)
- ✓ lekársky predpis liekov, recept (orig.)
- ✓ policajná správa (orig.)