Allianz pojišťovna, a. s.
Úsek cestovního pojištění
Ke Štvanici 656/3, 186 00 Praha 8, tel. 224 405 111, fax 242 455 410, e-mail LCP@allianz.cz

Allianz

Oznámení škodné události

Číslo škodné události

Cestovní pojištění a asistenční služby

Pojištění léčebných výloh v zahraničí

Doručeno:

Číslo pojistné smlouvy	

1. Příjmení a jméno pojištěného		Žena	Muž
2. Datum narození	. .	Rodné číslo	/
3. Bydliště pojištěného		PSČ	
4. Kontaktní adresa			
5. Kontaktní telefon		E-mail	
6. Povolání			
7. Jméno kontaktní osoby / zák. zástupce u dítěte		Telefon	
8. Adresa			

9. Datum vzniku zdravotního problému			Místo				Země	
10. Příčina vzniku škody		nemoc		úraz		dopravní nehoda		Jiná – uveďte
11. Stala se škoda při sportu		ANO		NE		Při jakém		
12. Jste registrovaný sportovec		ANO		NE		Ve kterém sportu		
13. Hlášeno na policii		ANO		NE		Přiložte policejní protokol		
14. Částka výloh za	a) ošetření		Měna		Uhrazeno		ANO	NE
	b) léky						ANO	NE
	c) jiné							
15. Máte sjednáno další pojištění léčebných výloh		ANO		NE		Název pojišťovny, banky		
16. Uplatňujete tuto škodu u jiné instituce		ANO		NE		Název instituce		

17. Popis zdravotního problému				
18. Diagnóza				
19. Ambulantní ošetření		Hospitalizace		Od do
20. Název a adresa zdravotnického zařízení				
21. Hlášeno asistenční službě		ANO		NE

Přikládám		Lékařskou zprávu		Originál účtu za ošetření		Originál účtu za léky	
		Policejní protokol		Jiné – uveďte			

Dle Všeobecných pojistných podmínek pro cestovní pojištění je pojištěný povinen na žádost pojistitele zajistit na vlastní náklady úřední překlad dokladů nezbytných k šetření pojistné události.

Prohlašuji, že všechny údaje uvedené v tomto oznámení jsem uvedl/a úplně a pravdivě a že jsem si vědom/a důsledků nepravdivých nebo neúplných údajů. Souhlasím s tím, aby pojistitel zjišťoval a přezkoumával můj fyzický i psychický zdravotní stav u všech lékařů a zdravotnických zařízení, u kterých jsem se léčil/a, léčím nebo se budu léčit. Tento souhlas uděluji za účelem vyřizování škodných událostí s tím, že zmocňuji lékaře a zdravotnická zařízení k vyhotovení lékařských zpráv, provedení výpisu ze zdravotnické dokumentace nebo k jejímu zapůjčení pojistiteli, a proto zprošťuji povinnosti mlčenlivosti dotazované lékaře a pracovníky zdravotnických zařízení. Souhlasím též s tím, aby si pojistitel vyžádal i jiné informace nezbytné ke stanovení rozsahu pojistného plnění (od policie, soudu apod.).
Beru na vědomí, že pojistitel je z hlediska zákona č. 101/2000 Sb. o ochraně osobních údajů, v platném znění, správcem a zpracovatelem osobních údajů, včetně osobních údajů o mém zdravotním stavu. Souhlasím s tím, aby pojistitel tyto údaje o zdravotním stavu zpracovával po celou dobu trvání nároků z tohoto pojištění.

Pojistné plnění poukažte na

Příjmení a jméno	Rodné číslo	/
Adresu		PSČ
Korunový účet	Kód banky	Specifický symbol
Jméno a podpis zákonného zástupce u dětí / pojistníka		

T. č. 113.05 / 03.2007