



# Oznámenie škodovej udalosti



## z Poistenia liečebných nákladov, batožiny a zodpovednosti za spôsobenú škodu pri cestách do zahraničia

Poistné plnenie nárokujete z poistenia:

liečebných nákladov

batožiny

zodpovednosti za škodu

### Informácie o poistenom

### Číslo poistnej zmluvy

Priezvisko:	Meno:
Dátum narodenia:	
Adresa trvalého bydliska v SR (pokiaľ na tejto adrese nebyvate, uveďte korešpondenčnú adresu):	PSČ:
Telefón:	E-mail:

### Údaje o škodovej udalosti

(pokiaľ nestačí miesto pre požadované údaje, uveďte ich v prílohe zvlášť)

Dátum škodovej udalosti:	Miesto:	Štát:
Máte súčasne iné cestovné poistenie (napr. k platobnej karte)? Pokiaľ áno, u akej spoločnosti:		Áno      Nie
Bola škodová udalosť šetrená políciou? Pokiaľ áno, priložte policajnú správu a/alebo číslo jednania.		Áno      Nie
Vznikla škoda cudzím zavinením? Pokiaľ áno, uveďte podrobnejšie informácie:		Áno      Nie

### Poistenie liečebných nákladov

O aké ochorenie alebo úraz sa jednalo? Uveďte diagnózu (pokiaľ ju poznáte):		
Uveďte podrobný popis za akých okolností došlo k náhlemu ochoreniu alebo úrazu:		
Trpeli ste pred počiatkom poistenia uvedeným ochorením?	Áno	Nie
Uveďte meno, adresu a telefón Vášho ošetrojúceho lekára (praktický lekár alebo špecialista - napr. kardiológ, gynekológ, zubár):		

### Poistenie batožiny

O aký typ škody sa jedná:	poškodenie	zničenie	odcudzenie
Uveďte podrobný popis, za akých okolností ku škode došlo. Ďalej uveďte zoznam poškodených, zničených či odcudzených vecí (u poškodených/zničených vecí popíšte rozsah daného poškodenia), ich dátum nadobudnutia a nadobúdaciú cenu:			

U políčok s možnosťou voľby označte zvolenú variantu.

## Poistenie zodpovednosti za spôsobenú škodu

Informácie o poškodenej osobe:

Priezvisko:	Meno:
Dátum narodenia / IČ:	Názov spoločnosti (u právnických osôb):
Adresa trvalého bydliska / Sídlo spoločnosti:	PSČ:
Telefón:	E-mail:

O aký typ škody sa jedná:	na zdraví	na majetku
Uvedte podrobný popis, za akých okolností ku škode došlo:		
Ste s poškodným v príbuzenskom vzťahu alebo s ním žijete v spoločnej domácnosti.	Áno	Nie

### Žiadam o preplatenie týchto výdajov

	Poistenému	Lekárovi, nemocnici alebo dopravcovi
Ambulantné ošetrovanie		
Hospitalizácia		
Lieky		
Doprava		
Ostatné		
<b>Celkom</b>		

Ku každej čiastke doložte doklad o zaplatení. Stačí kópia, originály si uchovajte.

### Údaje pre zaslanie poistného plnenia poistenému

Poistné plnenie si prajem zasláť:

Bankovým prevodom na eurový bankový účet číslo:	Kód banky:
---	------------

### Prehlásenie

Prehlasujem, že som na všetky otázky odpovedal/a pravdivo a úplne, že som k hláseniu škodovej udalosti vyplnil/a len toto oznámenie a že som si vedomý/á dôsledkov nesprávnych, skreslených alebo neúplných odpovedí na povinnosť poistiteľa plniť.

Súhlasím, aby si poistiteľ vyžiadal všetku dokumentáciu o zdravotnom stave a priebehu liečenia poisteného pre potreby šetrenia škodovej udalosti a zbavujem lekára sľubu mlčanlivosti. Ďalej zmocňujem lekára, zdravotnícke zariadenia a zariadenia poskytujúce zdravotnú starostlivosť k vyhotoveniu lekárskeho správ, výpisu zo zdravotnej dokumentácie či k ich zapožičaniu.

Rovnako súhlasím, aby si poistiteľ pre potreby šetrenia škodovej udalosti vyžiadal potrebné podklady u polície, správnych orgánov a iných poisťovní.

Vyplnené hlásenie zašlite na e-mail [claims.travel@axa-assistance.cz](mailto:claims.travel@axa-assistance.cz)

U políčok s možnosťou voľby označte zvolenú variantu.