

Oznámení pojistné události – cestovní pojištění

Léčebné výlohy, hospitalizace, repatriace

Pokyny pro vyplnění formuláře:

1. Vyplňte formulář **ve všech bodech**.
2. U políček s možností volby označte platnou odpověď křížkem.
3. V případě jakýchkoli nejasností při vyplňování formuláře nás můžete kontaktovat na bezplatné informační lince Kontaktního centra 800 10 66 10 nebo se můžete obrátit na svého poradce.
4. Oznámení spolu s dalšími dokumenty můžete zaslat poštou na adresu: **AXA ASSISTANCE CZ, s.r.o., Office Park Nová Karolina, 28. října 3348/65, 702 00 Ostrava** nebo e-mailem na adresu kptravel@axa-assistance.cz.
5. Vaši identifikaci může při sepisování tohoto oznámení zajistit Váš poradce nebo si ji můžete zajistit na obecním úřadě s rozšířenou působností, krajském úřadě, u notáře nebo na Czech POINTu.

ÚDAJE O POJIŠTĚNÉM

Příjmení a jméno:		Rodné číslo (není-li, uveďte datum narození) ¹⁾ :	
Místo narození:	Pohlaví:	☐ Muž	☐ Žena
Stát narození:	Státní občanství:		
Adresa trvalého nebo jiného pobytu včetně státu:		Forma pobytu: ☐ Trvalý ☐ Přechodný	
Korespondenční adresa (bydliště, liší-li se od adresy trvalého nebo jiného pobytu):			
Zdravotní pojišťovna:			
Zákonný zástupce u pojištěného dítěte (jméno, příjmení, rodné číslo/datum narození):			
Držitel karty (jméno, příjmení, rodné číslo / datum narození):			
Žijete s pojištěným ve společné domácnosti?		☐ ano ☐ ne	
Vztah pojištěného k držiteli karty:		☐ Osoba blízká ☐ Spolucestující	
Datum počátku pojištění __ / __ / __		Datum konce pojištění __ / __ / __	
Datum počátku cesty/zájezdu __ / __ / __		Datum konce cesty/zájezdu __ / __ / __	
E-mail:		Telefon:	
Preferovaný způsob komunikace:		☐ e-mail ☐ pošta	
Číslo průkazu totožnosti:		Druh průkazu totožnosti: ☐ OP ☐ Jiný 2) (uveďte)	
Orgán, který průkaz totožnosti vydal:			
Platnost průkazu od __ / __ / __ do __ / __ / __			
Byla kontaktována asistenní společnost?		☐ ano ☐ ne	
Pokud ano, uveďte datum, kdy? __ / __ / __			

OBEČNÉ ÚDAJE O UDÁLOSTI

Datum události: |_|_|/|_|_|/|_|_|_|_|

Čas události:

Místo vzniku škody (včetně státu):

ÚDAJE O ŠKODNÉ UDÁLOSTI

Škoda vznikla v důsledku:

☐ úrazu☐ nemoci

Podrobný popis průběhu okolností události:

Která část těla byla poraněna / kde a jak se projevilo náhlé onemocnění nebo úraz:

Trpěla jste již před vycestováním onemocněním, pro které jste v cizině vyhledal/a lékařské ošetření?

☐ ano☐ neUveďte jméno, adresu a telefon Vašeho ošetřujícího lékaře v České republice:
(praktický lékař nebo specialista (kardiolog, gynekolog, zubař apod.))

Název a adresa zdravotnického zařízení, které poskytlo první pomoc:

Kde jste se léčil/a v zahraničí (uveďte název a adresu zařízení):

Datum návratu do České republiky |_|_|/|_|_|/|_|_|_|_|

Dopravu do zdravotního zařízení v cizině provedl (uveďte název/ jméno a příjmení, adresu):

Dopravu do České republiky provedl (uveďte název / jméno, příjmení a adresu):

Došlo k úrazu při dopravní nehodě?

☐ ano☐ ne

Pokud ano, doložte policejní protokol či jinou zprávu vyšetřujícího orgánu.

Byla škoda zaviněna jinou osobou?

☐ ano☐ ne

Pokud ano, uveďte jméno a adresu (telefon):

ÚDAJE O POJIŠTĚNÍ U OSTATNÍCH POJIŠŤOVEN

 Máte uzavřenou pojistnou smlouvu pro stejný typ pojištění u jiné pojišťovny? ☐ ano ☐ ne

Pokud ano, uveďte název pojišťovny, pojistnou částku a zda uplatňujete nárok na plnění z důvodu stejné události z tohoto pojištění.

NÁKLADY K POJISTNÉ UDÁLOSTI

	Pojištěnému	Lékaři, nemocnici nebo dopravci
☐ za ambulantní ošetření		
☐ za léky a léčebné prostředky		
☐ za hospitalizaci		
☐ za dopravu		
☐ ostatní		

Ke každé částce doložte doklad o zaplacení. Stačí kopie, originály si uchovejte.

DOKLADY K POJISTNÉ UDÁLOSTI
☐ doklady o zaplacení

☐ lékařské zprávy

☐ jiné

ÚDAJE PRO VÝPLATU POJISTNÉHO PLNĚNÍ

Žádám o výplatu pojistného plnění z výše uvedené pojistné smlouvy. Pojistné plnění poukažte:

☐ Číslo účtu _____ / _____ (kód banky)

 Jedná se o účet, jehož jste oprávněným vlastníkem? ☐ ano ☐ ne

Pokud ne, uveďte prosím vlastníka účtu a Váš vztah k němu. Dle zákona o platebním styku nejsme oprávněni vyplácet peněžní prostředky na bankovní účty, jejichž vlastníky nejsou oprávněné osoby.:

☐ Adresu (uveďte jméno, příjmení, ulici, číslo orientační a popisné, PSČ, místo – poštu), adresa musí být na území České republiky:

Jedná-li se o adresu jinou než trvalého nebo jiného pobytu či korespondenční adresu, uveďte současně prosím důvod zaslání právě na tuto adresu.

PROHLÁŠENÍ A ZMOCNĚNÍ

Žádám o plnění z pojistné události a prohlašuji, že všechny údaje v tomto Oznámení jsem uvedl/a úplně a pravdivě. Jsem si vědom/a, že neúplné a nesprávné odpovědi mají vliv na plnění pojišťovny.

Prohlašuji, že v případě nezletilého dítěte jsem zákonným zástupcem pojištěného dítěte a mám na jeho pojištění pojistný zájem. Souhlasím, abyste si sami nebo prostřednictvím vámi pověřeného lékaře získávali údaje o mém zdravotním stavu, včetně jakékoliv zdravotnické dokumentace od mého lékaře, zdravotní pojišťovny, jakéhokoliv orgánu veřejné moci či jiného pojistitele, u kterých mám já sjednáno jiné životní či úrazové pojištění. V případě hlášení Pojistné události týkající se osob Spolucestujících nebo Osob blízkých nás pojistník zmocňuje (resp. jejich jménem zmocňuje), abychom obdobně získávali údaje o jejich zdravotním stavu, včetně jakékoliv zdravotnické dokumentace a jiných záznamů o jejich zdravotním stavu od uvedených osob a orgánů zjišťovali informace o jejich zdravotním stavu, nahlíželi do jejich zdravotnické dokumentace a jiných záznamů o jejich zdravotním stavu, pořizovali z nich výpisy či opisy, a to i po jejich smrti. Pro účely tohoto zmocnění a v jeho rozsahu Spolucestující nebo Osoby blízké zprošťují (resp. jejich jménem Pojistník zprošťuje) uvedené osoby a orgány jejich zákonné či smluvní povinnosti mlčenlivosti, a to i ve smyslu zákona číslo 372/2011 Sb., o zdravotních službách.

Zmocňujete vy nebo Spolucestující nebo Osoby blízké podle § 50 a § 51 tr. řádu (§ 33 spr. řádu) pracovníka Komerční pojišťovny, a.s., nebo AXA Assistance CZ, s.r.o., aby ve smyslu § 65 tr. řádu (§ 38 spr. řádu) pro potřeby likvidace výše uvedené pojistné události nahlížel do vyšetřovacího spisu Policie ČR, činil z něho výpisy a pořizoval si na vlastní náklady kopie.

Pojistitel si vyhrazuje právo na možnost vyžádání si dalších dokumentů nezbytných pro vyřízení pojistného nároku.

Současně já a Spolucestující nebo Osoby blízké potvrzujeme, že nám byly poskytnuty a jsou nám známy informace týkající se zpracování osobních údajů pojistitelem a souvisejících práv a povinností obsažené v Informačním memorandu pojistitele a skutečnost, že aktuální verzi tohoto Informačního memoranda lze nalézt na jeho internetových stránkách www.kb-pojistovna.cz.

Poskytuji souhlas k zasílání sdělení týkajících se stavu a výsledků šetření pojistné události s využitím prostředků elektronické komunikace (např. e-mail, SMS) na kontakty, které jsem uvedl/a v tomto oznámení pojistné události.

Odesláním oznámení pojistné události e-mailem beru na vědomí, že se jedná o nezabezpečený komunikační kanál a odpovědnost za zaslané osobní údaje přebíráme až jejich přijetím na náš poštovní server.

Dále **souhlasím / nesouhlasím*** s aktualizací osobních údajů (zejména e-mailové adresy, telefonního kontaktu, korespondenční nebo trvalé adresy), které o mě nebo pojištěných osobách Komerční pojišťovna, a.s., zpracovává, pokud se tyto údaje nebudou shodovat s údaji uvedenými v tomto oznámení.

Datum

Jméno a příjmení žadatele/ zákonného zástupce

Podpis žadatele/ zákonného zástupce 4)

Potvrzuji, že jsem totožnost žadatele ověřil/a dle průkazu totožnosti.

Jméno a příjmení zástupce pojišťovny

Podpis zástupce pojišťovny

Název společnosti

Kód společnosti /obchodní místo

IČ poradce

Kód poradce

Telefon poradce

E-mail poradce

1) vyplní se datum narození, nebylo-li rodné číslo v ČR přiděleno

2) uveďte Povolení k pobytu, pas, Řidičský průkaz, atp.

3) totožnost pojistníka/ zákonného zástupce / opatrovníka / zákonného zástupce na základě zmocnění byla před podpisem žádosti ověřena dle průkazu totožnosti

*) nehodící se škrtněte