

## Oznámení škodné události

Číslo  
škodné  
události

--



Cestovní pojištění a asistenční služby

## Léčebné výlohy v zahraničí

Doručeno:

Číslo pojistné smlouvy:																			
Příjmení a jméno pojištěného:																			
Datum narození:										Rodné číslo:									
Bydliště pojištěného:															PSČ:				
Žák. zástupce u dítěte / Kontakt. osoba:																			
Telefon domů:										Telefon do zaměstnání:									

Jste pojištěn/a na léčebné výlohy v zahraničí u jiné pojišťovny?		ANO	NE
Pojišťovna:			
číslo poj. smlouvy:			

Datum vzniku zdravotního problému:										Místo vzniku; stát:									
------------------------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	---------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Příčina škody:		NEMOC			ÚRAZ		
Dopravní nehoda:		Při jakém sportu:					
Popis zdravotního problému:							
Diagnóza:							

Ošetření:		AMBULANTNÍ			NEMOCNÍČNÍ			Hlášeno asistenční službě Allianz:		ANO	NE
Adresa zdravotnického zařízení:											

<b>NÁKLADY K POJISTNÉ UDÁLOSTI – uveďte částku v cizí měně !!!</b>										<b>Hrazeno klientem</b>	
Ošetření:										ANO	NE
Léky:										ANO	NE

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 povinnost 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 jméno a adresu: \_\_\_\_\_

Na korunový účet: \_\_\_\_\_ kód banky: \_\_\_\_\_ spec. symbol: \_\_\_\_\_

Datum: \_\_\_\_\_ Podpis: \_\_\_\_\_

Pozn.: DOLOŽTE PROSÍM ORIGINÁLY ÚČTŮ A LÉKAŘSKOU ZPRÁVU