

Oznámenie o škode z cestovného poistenia – úraz / liečebné náklady

Pre urýchlenie likvidácie škodovej udalosti je potrebné, aby ste odpovedali na všetky otázky čo najpresnejšie a najvýstižnejšie. Správne odpovede označte krížikom v príslušnom štvorčeku a uveďte odpovede na doplnkové otázky. Priložte všetky dostupné doklady. (Obráťte list na druhú stranu)

Číslo poistnej zmluvy	Platnosť poistenia Od Do
Poistník	

Meno poisteného	Tel. číslo
Ulica a číslo domu (Sídlo)	e-mail
PSČ / Mesto (Obec)	Číslo účtu pre poistné plnenie

Krajina pobytu	Účel cesty
Spôsob prepravy	Dátum vycestovania Dátum návratu
Máte súbežne uzavreté aj iné poistenie na toto riziko?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> - uveďte názov a sídlo poisťovne: nie áno č. PZ:
Máte súbežne uzavreté aj komerčné úrazové alebo zdravotné poistenie?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> - uveďte názov a sídlo poisťovne: nie áno č. PZ:

Miesto vzniku škody (adresa a štát)	Dátum a čas vzniku škody
Podrobný popis vzniku a priebehu škody	
Mená a adresy svedkov vzniku škody	1. 2.
Vyšetrovala vznik škody polícia?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> áno - uveďte presný názov policajnej zložky a adresu: nie číslo vyšetrovacieho spisu: <i>(Potvrdenie polície o hlásení vzniku škody doložiť v prílohe)</i>
Bola kontaktovaná asistenčná spoločnosť?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> áno - uveďte dátum a čas kontaktovania: o:

Poistenie liečebných nákladov:

Ak príčinou PU bolo ochorenie, trpel poistený už pred začiatkom poistenia chorobou, pre ktorú v zahraničí vyhľadal lekársku pomoc?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> - uveďte od kedy a akým nie áno	Jedná sa o chronické ochorenie?	<input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> áno
Ak príčinou PU bol úraz, zavinila PU iná osoba?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> - uveďte jej meno a adresu: nie áno		
V ktorom zdravotníckom zariadení bolo poskytnuté prvé ošetrenie?			
Aká lekárska starostlivosť alebo služba bola poistenému poskytnutá?	<input type="checkbox"/> vyšetrenie pre určenie liečby <input type="checkbox"/> prevoz do SR alebo krajiny trvalého pobytu <input type="checkbox"/> prevoz telesných pozostatkov <input type="checkbox"/> lieky, zdravotné pomôcky <input type="checkbox"/> iné <input type="checkbox"/> nevyhnutné ošetrenie <input type="checkbox"/> hospitalizácia <input type="checkbox"/> prevoz do nemocnice v zahraničí <input type="checkbox"/> doprovod pacienta		

Úrazové poistenie:

Zanechá úraz trvalé následky?	<input type="checkbox"/> nie	<input type="checkbox"/> - uveďte aké áno
Bola poškodená časť tela už pred úrazom funkčne poškodená?	<input type="checkbox"/> nie	<input type="checkbox"/> - uveďte ako áno

Zoznam dokladov a príloh predložených k poistnej udalosti (originály)

1	
2	
3	

4	
5	
6	

Iné záznamy:

.....

.....

.....

Pre účely zistenia konfliktu záujmov prehlasujem, že som:

- | | | |
|---|------------------------------|------------------------------|
| a) v zamestnaneckom, či inom obdobnom pracovnoprávnom vzťahu k spoločnosti Colonnade | <input type="checkbox"/> áno | <input type="checkbox"/> nie |
| b) príbuzným (rodič, dieťa, prarodič, vnuk, vnučka, súrodeneц, manžel/ka) zamestnanca spoločnosti Colonnade | <input type="checkbox"/> áno | <input type="checkbox"/> nie |
| c) finančným sprostredkovateľom v zmysle osobitného zákona pre spoločnosť Colonnade | <input type="checkbox"/> áno | <input type="checkbox"/> nie |

Vyhlasujem, že všetky moje odpovede na písomné otázky poisťiteľa, ako aj všetky údaje, ktoré som uviedol v tomto oznámení sú pravdivé a úplné a že som si vedomý možných dôsledkov v prípade zamlčania závažných okolností alebo uvedenia nesprávnych informácií.

Svojim podpisom na tomto oznámení dávam poisťiteľovi súhlas na spracúvanie osobných údajov o mojom zdravotnom stave, ktoré sú uvedené v tomto oznámení, vo vyhotoveniach lekárskeých správ, výpisoch zo zdravotnej dokumentácie a ktorých spracúvanie je nevyhnutné na účely plnenia zmluvných a zákonných práv a povinností poisťiteľa, a to v súvislosti so šetrením príčin vzniku poistnej udalosti a rozsahu povinností poisťiteľa plniť. Uvedený súhlas je platný na dobu šetrenia poistnej udalosti a na dobu potrebnú na zabezpečenie plnenia práv a povinností poisťiteľa v súvislosti s poskytnutím poistného plnenia v zmysle platnej legislatívy.

Súhlasím s tým, aby poisťiteľ zisťoval a prešetroval môj zdravotný stav u všetkých lekárov, v zdravotníckych zariadeniach a v zariadeniach poskytujúcich zdravotnú starostlivosť, v ktorých som sa liečil alebo sa budem liečiť.

Zbavujem povinnosti zachovávať mlčanlivosť voči poisťiteľovi a splnomocňujem lekára, zdravotnícke zariadenie a zariadenia poskytujúce zdravotnú starostlivosť k vyhotoveniu lekárskeých správ, výpisov zo zdravotnej dokumentácie, ako aj k jej zapožičaniu za účelom šetrenia poistných udalostí i na dobu po mojej smrti.

Zároveň potvrdzujem, že mi boli poskytnuté Informácie o spracúvaní osobných údajov podľa článkov 13 a 14 nariadenia Európskeho parlamentu a Rady 2016/679 o ochrane fyzických osôb pri spracúvaní osobných údajov a o voľnom pohybe takýchto údajov, ktoré sú prístupné aj na webovom sídle poisťiteľa www.colonnade.sk."

V

dňa

.....

Meno, podpis **poisteného**