



# Oznámení škodní události



## z Pojištění léčebných výloh, zavazadel a odpovědnosti z způsobenou škodu při cestách do zahraničí

Pojistné plnění nárokujete z pojištění:

léčebných výloh

zavazadel

odpovědnosti za škodu

### Informace o pojištěném

### Číslo pojistné smlouvy

Příjmení:	Jméno:
Datum narození:	
Adresa trvalého bydliště v ČR (pokud na této adrese nebydlíte, uveďte korespondenční adresu):	PSČ:
Telefon:	E-mail:

### Údaje o škodní události

(nestačí-li místo pro požadované údaje, uveďte je ve zvláštní příloze)

Datum škodní události:	Místo:	Stát:
Máte současně jiné cestovní pojištění (např. k platební kartě)? Pokud ano, u jaké společnosti:	Ano	Ne
Byla škodní událost šetřena policií? Pokud ano, přiložte policejní zprávu a/nebo číslo jednací.	Ano	Ne
Vznikla škoda cizím zaviněním? Pokud ano, uveďte podrobnější informace:	Ano	Ne

### Pojištění léčebných výloh

O jaké onemocnění nebo úraz se jednalo? Uveďte diagnózu (pokud ji znáte):		
Uveďte podrobný popis za jakých okolností došlo k náhlému onemocnění nebo úrazu:		
Trpěl/a jste před počátkem pojištění uvedeným onemocněním?	Ano	Ne
Uveďte jméno, adresu a telefon Vašeho ošetřujícího lékaře (praktický lékař nebo specialista - např. kardiolog, gynekolog, zubař):		

### Pojištění zavazadel

O jaký typ škody se jedná:	poškození	zničení	odcizení
Uveďte podrobný popis, za jakých okolností ke škodě došlo. Dále uveďte seznam poškozených, zničených či odcizených věcí (u poškozených/zničených věcí popište rozsah daného poškození), jejich datum pořízení a pořizovací cenu:			

U políček s možností volby označte zvolenou variantu.

## Pojištění odpovědnosti za způsobenou škodu

Informace o poškozené osobě:

Příjmení:	Jméno:
Datum narození / IČ:	Název společnosti (u právnických osob):
Adresa trvalého bydliště / Sídlo společnosti:	PSČ:
Telefon:	E-mail:

O jaký typ škody se jedná:	na zdraví	na majetku
Uveďte podrobný popis, za jakých okolností ke škodě došlo:		
Jste s poškozeným v příbuzenském vztahu nebo s ním žijete ve společné domácnosti.	Ano	Ne

### Žádám o proplacení těchto výdajů

	Pojištěnému	Lékaři, nemocnici nebo dopravci
Ambulantní ošetření		
Hospitalizace		
Léky		
Doprava		
Ostatní		
<b>Celkem</b>		

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

### Údaje pro zaslání pojistného plnění pojištěnému

Pojistné plnění si přeji zaslat:

Bankovním převodem na korunový bankovní účet číslo:	Kód banky:
---	------------

### Prohlášení

Prohlašuji, že jsem všechny otázky zodpověděl/a pravdivě a úplně, že jsem k hlášené škodní události vyplnil/a pouze toto oznámení a že jsem si vědom/a důsledků nesprávných, zkreslených nebo neúplných odpovědí na povinnost pojistitele plnit.

Souhlasím, aby si pojistitel vyžádal veškerou dokumentaci o zdravotním stavu a průběhu léčení pojištěného pro potřeby šetření škodní události a zprošťuji lékaře slibu mlčenlivosti. Dále zmocňuji lékaře, zdravotnická zařízení a zařízení poskytující zdravotní péči k vyhotovení lékařských zpráv, výpisu ze zdravotnické dokumentace či k jejich zapůjčení.

Rovněž souhlasím, aby si pojistitel pro potřeby šetření škodní události vyžádal potřebné podklady u policie, správních orgánů a jiných pojišťoven.

**Vyplněné hlášení zašlete na e-mail [claims.travel@axa-assistance.cz](mailto:claims.travel@axa-assistance.cz)**

U políček s možností volby označte zvolenou variantu.