

**ASSISTANCE**

viac ako / služba

**SLOVENSKÁ**   
sporiteľňa

Odtlačok pečiatky a podpis príjemcu oznámenia:

## Oznámenie škodovej udalosti /

z poistenia liečebných výdavkov pri cestách do zahraničia

Číslo platobnej karty:

Dátum aktivácie platobnej karty:

### INFORMÁCIE O POISTENOM:

Priezvisko:		Meno:	
Titul:	Dátum narodenia:	Rodné číslo: /	
Adresa trvalého bydliska v SR (ak na tejto adrese nebývate, uveďte, prosím, korešpondenčnú adresu):			
			PSČ:
Telefón:		E-mail:	
Názov a kód zdravotnej poisťovne v SR:			

### ÚDAJE O ŠKODOVEJ UDALOSTI:

(ak nestačí miesto na požadované údaje, uveďte ich vo zvláštnej prílohe)

Dátum škodovej udalosti:	Miesto:	Štát:		
Ste súčasne poistený na rovnaké riziko inou poistnou zmluvou (napr. z cestovného poistenia)? Ak áno, uveďte aké:			<input type="checkbox"/> Áno	<input type="checkbox"/> Nie
Oznámili ste škodovú udalosť asistenčnej službe?			<input type="checkbox"/> Áno	<input type="checkbox"/> Nie
Došlo ku škodovej udalosti pod vplyvom alkoholu alebo iných návykových látok?			<input type="checkbox"/> Áno	<input type="checkbox"/> Nie
Bola škodová udalosť vyšetrovaná políciou? Ak áno, priložte policajnú správu.			<input type="checkbox"/> Áno	<input type="checkbox"/> Nie
Vznikla škoda cudzím zavinením? Ak áno, uveďte podrobnejšie informácie.			<input type="checkbox"/> Áno	<input type="checkbox"/> Nie
Vznikla škoda pri dopravnej nehode? Ak áno, uveďte podrobnejšie informácie.			<input type="checkbox"/> Áno	<input type="checkbox"/> Nie

### POISTENIE LIEČEBNÝCH VÝDAVKOV

O aké ochorenie alebo úraz išlo? Uveďte diagnózu (ak ju poznáte):		
Uveďte podrobný popis, za akých okolností došlo k náhlemu ochoreniu alebo úrazu:		
Trpeli ste pred začiatkom poistenia uvedeným ochorením?	<input type="checkbox"/> Áno	<input type="checkbox"/> Nie
Meno, adresa a telefón vášho praktického lekára v SR:		
Meno, adresa a telefón príslušného špecialistu v SR (kardiológ, ortopéd, internista, gynekológ a pod.):		

**VÝŠKU VZNIKNUTEJ ŠKODY PREUKAZUJEM TÝMITO ORIGINÁLMI DOKLADOV**

Nižšie, prosíme, uveďte sumy, ktoré žiadate preplatiť	Poistenému	Lekárovi, nemocnici, dopravcovi
Ambulantné ošetrovanie		
Hospitalizácia		
Lieky		
Doprava		
Ostatné		
<b>CELKOVO</b>		

Pri políčkach s možnosťou voľby označte krížikom hodiaci sa variant, nehodiace sa škrtnite.

**ÚDAJE NA ZASLANIE POISTNÉHO PLNENIA:**

Poistné plnenie poukážte:

Poštovou poukážkou na adresu:		PSČ:
Na bežný účet poisteného vedený v eurách v:		
Číslo účtu:	kód banky:	špec. symbol:

**VYHLÁSENIE:**

Súhlasím, aby si poisťiteľ vyžiadal všetku dokumentáciu o zdravotnom stave a priebehu liečenia poisteného pre potreby vyšetrovania škodovej udalosti a zbavujem lekára sľubu mlčanlivosti. Ďalej zmocňujem lekára, zdravotnícke zariadenia a zariadenia poskytujúce zdravotnú starostlivosť na vyhotovenie lekárskeho správ, výpisu zo zdravotníckej dokumentácie či na ich zapožičanie.

Takisto súhlasím, aby si poisťiteľ pre potreby vyšetrovania škodovej udalosti vyžiadal potrebné podklady na polícii, u správnych orgánov a v iných poisťovniach.

Počet listov príloh, ktoré prikladám: .....

V	dňa	Podpis poisteného alebo oprávneného zástupcu
---	-----	--