

Oznámení škodné události léčebných výloh v zahraničí

Vážená paní, vážený pane,

snažíme se každý škodní případ co nejrychleji zpracovat. Podrobnými informacemi o pojistné události nám můžete být nápomocni. Dotazník vyplňte pečlivě a úplně, zamezíte tím případným doplňujícím dotazům, které mohou zpracování zdržovat.

S přátelským pozdravem

ERGO pojišťovna, a.s.

Číslo pojistné smlouvy		
Údaje o pojištěné osobě		
Jméno a příjmení:	Rodné číslo:	
Telefon:	Email:	
Trvalé bydliště:	Název zdravotní pojišťovny:	
Přechodné bydliště:		
Máte ještě jiné pojištění léčebných výloh (např. z platební karty) <input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne		
Pokud ano, jaké:		
Údaje o vycestování		
Datum vycestování z ČR:	prokažte na příloze datum vycestování (např. jízdenka, letenka, razítko v pasu, svědectví atd.)	
Cesta <input type="checkbox"/> turistická <input type="checkbox"/> pracovní	Účel cesty:	
Údaje o škodné události		
Datum úrazu / onemocnění:	Místo ošetření:	Stát:
Druh zranění / onemocnění (diagnóza):		
Přesný popis průběhu úrazu / onemocnění (pokud nestačí místo, pokračujte na druhé straně v poznámkách):		
Byl/a jste s tímto druhem úrazu / onemocnění ošetřován/a před odjezdem do zahraničí? <input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne		
Jméno a adresa praktického lékaře:		
Šetřila pojistnou událost policie <input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne pokud ano, přiložte policejní zprávu		
Byla zraněná osoba v okamžiku úrazu pod vlivem alkoholu, léků nebo omamných látek? <input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne		

Údaje o zdravotně nutném převozu do ČR

Kdy byl převoz do ČR uskutečněn:

Odkud (adresa):

Kam (adresa):

Název a adresa organizace, která převoz uskutečnila:

Uveďte částky, které chcete proplatit, a přiložte originály účtů

Částka uhrazená pojištěnou osobou (lékařské ošetření, léky, převoz,..):

Částka, která uhrazena nebyla:

Způsob vyplacení pojistného plnění

převodem v Kč na účet:

peněžní poukázkou na adresu:

Poznámky

Prohlášení a podpis

Předchozí údaje jsou úplné a pravdivé. Jsem si vědom/a toho, že nepravdivé a neúplné údaje budou mít za následek ztrátu pojistné ochrany a to i v případě, že jejich prostřednictvím nebyla pojišťovna poškozena.
Upozornění: Pokud jste oznámení o pojistné události osobně nevyplňovali, ověřte před jeho podepsáním správnost všech údajů.

Je mi známo, že pojišťovna přezkoumá za účelem posouzení své povinnosti poskytnout pojistné plnění údaje, které zde uvádím k odůvodnění svých nároků nebo které vyplývají z předložených dokladů (např. potvrzení, osvědčení) nebo ze sdělení příslušné nemocnice nebo zaměstnanců jiných zdravotních zařízení. Za tímto účelem zprošťuji všechny výše jmenované příslušníky lékařského personálu, kteří se podíleli na mém ošetřování, povinnosti mlčenlivosti i v případě mé smrti. Zproštění povinnosti mlčenlivosti platí rovněž pro pojišťovny zprostředkující úrazové, nemocenské nebo životní pojištění dotyčného, s výjimkou sociálního zabezpečení a veškeré instituce, které zajistily převoz do ČR, případně pohřeb v místě úmrtí v zahraničí. Rovněž prohlašuji, že nejsem v příbuzenském vztahu s ošetřujícím lékařem, a že k pojistné události nedošlo v důsledku sebevraždy či pokusu o ní.

Zmocňuji ERGO pojišťovnu, a.s. k tomu, aby mým jménem uplatnila nároky vůči zdravotní pojišťovně k této pojistné události ve smyslu ustanovení § 14 zákona č. 48/1997 Sb. a přijala poskytnuté plnění jako úhradu nákladů nutného a neodkladného léčení v cizině.

datum

podpis pojištěné osoby (u nezletilých zákonný zástupce)